BULLETTINO
DELLE
SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

Anno XLV. Ser. V. Vol. XVII.

Febbraio e Marzo 1874

—o—

BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1874

...DICE DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL FASCICOLO DI FEBBRAIO E MARZO 1874

——

MEMORIE ORIGINALI

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

Memorie Originali

—

QUINTO RENDICONTO SANITARIO DELLA MATERNITÀ E DEL BALIATICO DEGLI ESPOSTI DI BOLOGNA PEL BIENNIO 1869-70. — Redatto dal Dott. ERCOLE-FEDERICO FABBRI Medico Primario Sostituto dell' Ospizio.

(Continuazione, vedi fascicolo di Gennaio pag. 38).

Storia 20. — Posizione occipito-posteriore destra non convertita, in un bacino scoliotico e alquanto imbutiforme. Esageratissima flessione del capo che produce compressione del funicolo avvolto al collo, morte del feto all' escita.

Questo caso, del quale già feci motto nella *Rivista Clinica di Bologna* (Aprile e Maggio 1870), fu per esteso da me pubblicato in questo nostro *Bullettino* nell'Agosto 1872 (1). Ora pertanto non ne darò che un sunto.

La donna (88 1869) è bassa, gibbosa, gracile, primipara e a termine di gravidanza. La scoliosi è dorsale sinistra e lombare destra; *la spina sacrale inclina alla base del sacro a destra*; l' apice del sacro ed il coccige sono portati a sinistra; gli arti inferiori sono lunghi e ben conformati.

——

(1) Compressione del funicolo ombelicale avvolto al collo, e considerazioni sul meccanismo del parto nelle posizioni posteriori. (Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna Ser. 5. Vol. 13, pag. 305).

Colla pelvimetria esterna, si trova la conjugata più lunga di 4 linee, gli altri diametri normali; solo il bitrocanterico mostra l' irrilevante differenza di 3 linee in meno. Allo stretto inferiore il sacro-pubico è di centim. 10, il coccipubico di centim. 9, il bituberoso o bis-ischiatico di centim. 8. — All' esplorazione interna non si raggiunge il promontorio, e si nota il sacro manchevole di concavità. La sinfisi del pube è molto alta, misurando in altezza ben 6 centimetri, sebbene la donna sia magra e i bottoni del compasso sieno fortemente premuti contro i margini della sinfisi istessa. — Stando poi la donna in piedi in posizione naturale, è facile accorgersi del difetto di inclinazione della intera pelvi. E di vero la conjugata esterna fa coll' orizzonte un angolo di soli 40 gradi.

Il soprapparto si dichiara sette giorni dopo la sua entrata nell' Ospizio, il 10 Dicembre 1869. Alle 7 pom. scolano le acque, rimanendone però sempre discreta copia nell'utero; alle 8 insorgono le prime doglie. Alla mezzanotte esploro, e trovo: il collo disfatto, l' orifizio aperto quasi come una moneta da 5 lire, e il capo distante dal fondo del bacino poco più di un dito trasverso, in posizione occipito-posteriore destra con flessione piuttosto sentita. Alle 6 1[2 antim. del giorno 11 Dicembre l' orifizio è completamente dilatato; la testa ha compiuto la sua discesa, e conservandosi in posizione occipito-posteriore destra, è cresciuta in flessione, e tutto il frontale si è nascosto dietro il pube sinistro, sicchè più non si sente la grande fontanella, ma si sente invece la piccola che prima non si raggiungeva. — Alle 7 1[4 il perineo comincia a distendersi; l' angolo del pube è occupato dal parietale sinistro; l' occipite si è più avanzato. Ma il doppio battito divenuto languido e raro mi persuade che il feto versa in pericolo e che è d' uopo tentarne la pron-

ta estrazione. Per l' urgenza del caso non potendo far chiamare il Sig. Primario, mi accingo io stesso all' operazione.

La leva più curva applicata al perineo non fa buona presa, e tende ad escir vuota. Applico allora un piccolo forcipe, ma per l' angustia dell' angolo del pube non mi riesce di collocare l' una di fronte all' altra le due cucchiaie, che rimangono nel basso dell' escita colla loro faccia interna rivolta alquanto in alto.

Tolto allora l' istrumento con due dita nel retto che traggono l' occipite in alto e in avanti, e coll' ajuto dell' altra mano che viene traendo or da un lato or dall' altro la porzione di cranio che sporge dalla vulva, riesco in breve a far escire l' occipite dalla commessura posteriore della vulva. Abbassando allora il capo esce la fronte e la faccia. Facilmente estraggo il resto del feto col dorso volto a destra.

Il feto, di sesso maschile, e di vantaggiose dimensioni, non dà segno di vita, e presenta un giro e mezzo di funicolo al collo. Riesce vano ogni mezzo di ravvivamento.

Il secondamento è felice. Il puerperio è quasi regolare. La donna parte sana il 30 Dicembre 1869.

La causa della morte di questo feto credo si debba cercare nella compressione del funicolo fra la mandibola e il collo. Di fatto, ponendo il cadaverino col funicolo avvolto al collo entro a un bacino, nella posizione e nell' atteggiamento che aveva durante il parto, si vedeva essere fortissima la compressione suddetta; e di questa spiegazione della morte del feto si mostrò pure persuaso il ch. Sig. Primario.

Nella mia noterella sopracitata io espongo alquanto a lungo tutte le ragioni che militano per questa opinione, e confermo questo fatto clinico con altro caso di compressione del funicolo avvolto al collo avvenuto per la

forte flessione del capo allo stretto superiore di una pelvi angusta; caso che terminò felicemente anche pel feto, per mezzo della pronta estrazione col forcipe, e che narrerò nel capitolo che tratta della compressione del funicolo, ove pure riferirò i corollari clinici che dai due suddetti casi io deduceva.

Quanto poi al caso sopra narrato io faceva notare come la mancanza della conversione in occipito-anteriore si possa spiegare colla teoria di mio Padre, considerando l'inclinazione a destra del promontorio del sacro, e colla teoria dello *Schatz* considerando la poca inclinazione della pelvi. Spiegavo inoltre colla soverchia altezza della sinfisi pubica la esagerata flessione del capo, l'essere cioè rimasta tutta la fronte dietro il pube destro invece di venire colla sua bozza sinistra a sporgere sotto l'angolo del pube.

Volume eccessivo o rigidità del feto.

Nel prospetto ove sistematicamente esporrò i casi di pelvi anguste, si vedrà che alcuni dei feti nati a termine avevano un peso eccedente quello che in media suole avere un feto a termine, e che quindi molto probabilmente alla distocia pelvica si univa in alcuni casi anche distocia meccanica fetale. Nei seguenti otto casi il solo feto pel suo volume pose impedimento al parto.

Numero prog.	Madri		Peso del feto	Capo del feto	Ore di travaglio	Estrazione col forcipe applicato	Esito pel feto			Osservazioni
	Numero d' ordine	Primip. o Pluripar.					Salvi	Morto nel parto	Morto poco dopo	
1	3 1869	primip.	gr. 3650	grosso	6 1/2		1			Le spalle stentarono ad escire.
2	25 1869	primip.	3225	grossissimo	28	nella scavaz.	1			
3	44 1869	?	4245		19		1			Le spalle stentarono ad escire.
4	51 1869	primip.	4000		11 1/2	nella scavaz.		1		
5	67 1869	pluripar.	3610	rigido	8		1		dopo 1 mese	
6	39 1869	primip.	4000	grosso	40		1			Estrazione manuale del capo.
7	19 1870	primip.	3720	grosso	11		1			Difficoltà nell' impegno, e alla vulva.
8	66 1870	primip.	4170	grosso	16	all' escita	1			(V. il § *Congestioni al capo durante il p.*

NB. Tutti i feti erano *maschi*, ad eccezione del primo; tutte le donne furono salve.

Storia 21. — Spalle assai grosse che inducono remora nel parto dopo l' escita del capo, cianosi ed echimosi alla faccia del feto.

La donna 3 1869 era contadina ben conformata e credo primipara. L' ampiezza della pelvi e le contrazioni vigorose conducono in poco più di tre ore il capo fuori della vulva. Ma qui insorge arresto dell' espulsione, non ostante le doglie e i premiti. Il capo diviene intensamente cianotico, sicchè si opera l' estrazione delle spalle volte col dorso a destra, uncinandone la posteriore. Il feto è femmina, esce alquanto comatoso, e col funicolo avvolto attorno la mano destra. Dietro di lui esce meconio dalla vagina. Percosse ed aspersioni fredde lo destano dal coma.

Il suo peso, benchè preso il giorno dopo, è di grammi 3650. Le misure sono le seguenti:

Lunghezza	. . . .	centim.	50
Diametro	occipito-mentale .	»	14 5
»	occipito-frontale .	»	12
»	biparietale . . .	»	9 5
»	bitemporale. . .	»	8 5
»	bisacromiale . .	»	13
Periferia	bisacromiale . .	»	35 5

Il giorno dopo il parto, osservando il feto attentamente, si vide che la congiuntiva bulbare sinistra era sede di un' echimosi che circondava un quinto della periferia della cornea, e che altre piccole echimosi mostravansi in ambedue le congiuntive bulbari, e in vari punti della faccia e del collo. Queste echimosi in pochi giorni si dileguavano, e la bambina sempre sana rimaneva due mesi nell' Ospizio.

Storia 22. — Testa assai voluminosa, che durante il lungo travaglio alquanto si schiaccia, estrazione col forcipe.

Nel caso 2° la testa che erasi presentata col vertice in 2ª posizione *aveva il parietale sinistro alquanto appianato*; e le misure del capo erano le seguenti:

Diametro	mento-occipitale .	centim.	15 8
»	fronto-occipitale .	»	13 5
»	biparietale . . .	»	10 4
»	bitemporale. . .	»	8 7
»	sotto-occipito-frontale	»	9 2

Malgrado forti contrazioni (rese assai dolorose dalla compressione che subiva il labbro anteriore dell' utero fra la testa e il pube) il capo non si trovò tutto nella scavazione che una mezz' ora prima della estrazione col forcipe. Questa fu operata perchè il feto cominciava a dar segni di incipiente asfissia, e la donna era sempre fortemente straziata dalle doglie. Il feto nacque asfitico, ma in breve si riebbe coi mezzi comuni.

Storia 23. — Feto grosso, morto durante l' estrazione col forcipe; paresi di un arto inferiore nella madre.

Donna 51 1869. — Dopo 11 ore di travaglio assai doloroso e dopochè il capo era quasi tutto disceso nella scavazione, il doppio battito diviene irregolare e debole; si fa perciò l' estrazione col forcipe che riesce piuttosto difficile. Durante l' operazione esce meconio, e il feto viene estratto cadavere.

Nelle ultime ore del travaglio la donna era andata soffrendo di forti crampi all' arto inferiore sinistro, i quali insorgono anche durante l'operazione. Dopo il parto rimane torpore all' arto intero, senso di freddo al pie-

de, e paresi dei muscoli esterni della gamba, cosichè il piede serba in letto l' atteggiamento del *piede varo*. La lacerazione perineale, sebbene non grave, diviene sede di lieve mortificazione, le pudende di edema infiammatorio, insorge febbre e quindi anche l' utero si fa dolente e rimane voluminoso.

Bagni antisettici alle pudende, salasso, sanguisughe all' ipogastrio e piccole dosi di segale ne sono l' efficace trattamento. All' arto inferiore si fanno frizioni aromatiche ed eccitanti, ma il miglioramento assai lentamente procede, e in 23ª giornata di puerperio la donna parte coi detti muscoli ancora alquanto paretici.

Nel congedarla la consigliamo di sottoporsi a cura elettrica, ma il nostro consiglio non è seguito. Però dopo 20 giorni la rivediamo, e la paresi è ridotta a pochissima cosa, sebbene non abbia fatto che le frizioni suddette. Dopo non molto la guarigione è completa. Questa donna ha in propria casa partorito una seconda volta felicemente, a termine di gravidanza; e questa volta una femmina.

Storia 24. — Feto grosso, difficoltà nella discesa, la quale si opera con forte flessione del capo.

La donna 69 1869, benchè a termine, pluripara, e ben conformata nel bacino, e benchè avesse già molti giorni prima del parto, il collo uterino disfatto e l'orifizio aperto, presentava tuttavia il capo del feto tutto al disopra dell' ingresso.

Le membrane si rompono in lei un'ora prima che insorgano le doglie, le quali ben presto divengono energiche, e tali sempre si mantengono; sicchè dopo tre ore hanno già prodotto completa dilatazione dell' orifizio.

La testa però non è a questo punto ancora quasi affatto impegnata, e presentasi col vertice e in posizione perfettamente trasversale come si deduce dalla direzione della sutura sagittale; nessuna fontanella può sentirsi.

Passata però un' altr' ora, il capo si flette, abbassandosi l' occipite che occupa la parte destra della pelvi, e così è reso meno difficile la discesa.

Il parto ciò non ostantè impiega altre quattro ore a compiersi, malgrado le energiche doglie.

Il capo stesso oltre ad essere assai voluminoso, mostra le sue suture strettissime; piccolissima la grande fontanella, e le ossa molto dure.

La flessione del capo non è improbabile che fosse in questo caso favorita dalla inclinazione sinistra dell'utero. E di vero per questo fatto l' asse dell' utero, e quindi la direzione della forza espellente il viscere, andava a riferire di preferenza all' occipite del feto che occupava come si è detto la metà destra della pelvi. La puerpera si mantenne sana. Il bambino però moriva dopo un mese di atrofia dei neonati.

Pelvi viziate.

Quattordici casi se ne offersero alla nostra osservazione. In tutti il feto si presentava pel vertice, e in tale presentazione veniva espulso od estratto.

In sei casi il parto si compiva a termine, due volte spontaneamente, una volta coll' estrazione manuale, due col forcipe, ed una colla cefalotripsia.

In tre casi il parto avvenne spontaneamente prematuro, ed uno di questi veniva compiuto col forcipe per accidentale distocia fetale (compressione del funicolo avvolto al collo).

In cinque casi finalmente il parto fu ad arte provocato prematuramente, e fra questi uno compiuto col forcipe.

Per amore di brevità stimo opportuno mettere sott' occhio nel seguente quadro le notizie principali che riguardano questi casi.

Numero progressivo	Numero d' ordine	Mese di gravidanza	Deformità della pelvi	Estrazione		
				Manuale	Forcipe	Cefalotrip.
Parti a termine						
1 Plur.	54 1869	9	Conjug. vera centim. 9 circa.			
2 Plur.	75 1869	9	Conjug. vera centim. 9, 6.			
3 Prim.	88 1869	9	Pelvi imbutiforme angusta all'escita.	1		
4 Prim.	87 1869	9	Pelvi un po'angusta in totalità e leggermente *piatta*.		1 ingres.	
5 Prim.	13 1870	9	Pelvi leggermente *piatta*.		1 scavaz.	
6 Prim.	22 1870	9	Lieve angustia generale, resa grave per la grandezza del feto e la debolezza delle doglie.			1
Prematuri spontanei						
7 Plur.	6 1869	8 1/2	Pelvi rachitica. Conjug. vera 9, 3.			
8 Prim	76 1869	8	Conjug. vera 9, 3.			
9 Prim.	16 1870	8	Lieve angustia generale, e 1° grado di schiacciamento postero-anteriore		1 ingres. per distocia accid.	
Parti prematuri provocati						
10 Prim.	1 1869	8	Pelvi *piatta*, scoliotico-rachitica; conjug. vera di centim. 7, 5.			
11 Prim.	55 1869	8	Pelvi rachitica, *in toto* angusta, e piatta; conjug. vera 8, 2.			
12 Plur.	34 1869	8 1/2	Pelvi rachitica *piatta*. Conjug. vera 8, 5.			
13 Prim.	42 1870	8 1/2	Pelvi rachitica triangolare; il promont. non si raggiunge.			
14 Prim.	69 1870	8 1/2	Pelvi rachitica, leggermente *in toto* angusta, e leggermente piatta; capo alquanto impegnato; conjug. est. di centim. 15 scarsi.		1 all'esc.	
				1	4	1

(1) I centimetri indicano il diametro biparietale; i grammi il peso totale; le parol

ate

...ta ... ...to	Feto (1)	Esito: Madri: sane	Esito: Madri: malate	Esito: Madri: morte	Esito: Feto: salvi	Esito: Feto: morti nel p.	Esito: Feto: morti poco dopo	*Osservazioni*
	c. 9, 3 gr3100	1			1			
	c. 8, 5 gr3600		1 lieve metrit.		1			Doglie assai energiche.
[2	c. 9 gr3010	1				1		Caso già descritto nella Storia 20. (Compressione del funicolo avvolto al collo).
[4	resist. gr3420		1 c. s. e catar. vescic.				1 cefaloematoma diffuso sottocutan.	
	gr3600	1			1			In fine doglie deboli.
			1 lieve metrit.			1		Lacerazione perineale di 3°grado.
	c. 8	1					1 in 24 o. immaturità.	
[2	c. 9 cedev.	1			1			
	c. 8, 1	1			1			Compressione del funicolo avvolto al collo. V. il § *Avvolgimento del funicolo attorno al feto.*
	c. 8 gr2140		1 idem.		1			Zaffo vaginale. Iniez. *Kohen*; siringa nell'utero, tamp. *Tarnier*.
	gr2300		1 lieve endometrit.				1 dopo 24 ore.	Iniez. *Kiwisch*; laminaria; siringa nell' utero.
	c. 8 gr2395	1			1 m. dopo44 dì (men.)			Iniez. *Kiwisch*; (il travaglio erasi naturalmente preparato).
	gr2300		1 v. *oss.*			1		Edema polm. acutiss. durante le docciature vag. (V. Storia 40).
[4			1 pneu. lobare.		1 m. dopo 15dì			Iniez. *Kiwisch*; laminaria; siringa.
2		7	7		8	3	3	

nte e *cedevole* si riferiscono al capo.

Qualche ulteriore più dettagliata notizia su questi casi troverà posto nel luogo ove parlerò delle operazioni eseguite in questo biennio.

Difficoltà date dalle parti molli materne. Lacerazioni delle pudende.

Quanto all' orifizio uterino non ho cose di rilievo da aggiungere alle poche che qua e là ne ho già dette. Non voglio però tralasciare di dir qualche parola dello schiacciamento che alcune volte soffrono le labbra uterine fra la testa e le ossa della pelvi ove rimangono per così immorsate.

In cinque delle nostre donne questo fatto avvenne in grado ben manifesto e, come è solito, recando aumento alle sofferenze della partoriente.

In due soli casi mi riesciva con continuata pressione sul labbro anteriore di farlo passare al disopra del capo, e in ambedue si notò subito rapido progresso nella discesa del feto che prima procedeva assai lenta in mezzo a gravi sofferenze della donna.

Questo accidente adunque deve essere considerato non solo come in se stesso doloroso, ma eziandio come meccanico impedimento al parto.

Per questo l' illustre *Seyfert* soleva porre tale complicazione fra gli altri molti argomenti che militano contro l' uso di provocare il parto prematuro nei bacini angusti *rompendo le membrane.* Operando di fatto questa rottura prima che l' orifizio sia dilatato, e diminuendo così per lo scolo delle acque il volume del segmento inferiore dell' utero si toglie un valido impedimento alla discesa di esso segmento nella scavazione; e così per la pressione addominale che spinge l' utero intero in basso, e per la preponderanza ancora del fondo uterino, il segmento inferiore viene spinto dinanzi al capo nella scavazione, e stretto così fra il capo e la pelvi. Non si de-

ve oltre a ciò dimenticare che le contusioni dell' utero derivate dal suo schiacciamento fra la testa e il bacino possono contribuire allo sviluppo di malattie puerperali.

Venendo ora alla *vulva* ed al *perineo*, dirò in breve che in 11 casi si presentava la vulva di straordinaria piccolezza; e in 8 di questi si ebbero lacerazioni delle pudende; congiungendosi all' angustia della vulva in tre dei detti casi straordinaria grossezza del capo; in due di questi otto casi fu applicato il forcipe per debolezza di doglie. Negli altri tre casi di angustia della vulva nei quali non avvenne lacerazione, si evitava questo dispiacevole accidente usando speciali cure nel sostegno del perineo, come vedremo fra breve. Di queste tre donne una sola fu liberata col forcipe, il quale però venne applicato allo stretto superiore per minaccia di asfissia del feto, come vedremo in seguito.

Lacerazioni delle pudende. — Volendo parlare solo di quelle lacerazioni che per la loro estensione, o per qualche particolarità presentarono qualche interesse, dirò che, oltre agli 8 casi dipendenti da angustia della vulva, altri 2 casi se ne ebbero, l' uno dipendente dall' avere a un tratto lasciata la presa il forcipe applicato allo stretto superiore (caso che terminò poi colla cefalotripsia), l' altro cagionato dall' estrazione col forcipe di un feto assai voluminoso.

Tutte queste dieci donne erano primipare. Nessuna poi delle lacerazioni in discorso comprese l'ano; ma quattro giunsero fino al suo margine (lacerazione di 3° grado); tre fino oltre il mezzo del perineo (lacerazione di 2° grado); due occuparono solo la faccia mucosa del perineo, ed una cadde sul vestibolo.

Storia 25. — Lacerazione perineale di 3° grado; unione per 1ª intenzione quasi totale.

La donna 94 1868 era affetta da vulva assai piccola; il feto femina era voluminoso, le doglie erano forti. Vedendo i margini della vulva molto tesi, io aveva già mandato a prendere le forbici per fare due incisioni laterali, ma frattanto una violentissima doglia spinge fuori il capo con tanto impeto che impossibile mi torna il trattenerlo, e il perineo si lacera quasi fino all' ano.

Il secondo giorno di puerperio si trova tutta la lacerazione unita per prima intenzione, eccettuato il suo estremo vulvare per circa un centimetro, ove le superficie di lacerazione sono divenute sede di mortificazione, per la qual cosa vengono toccate con pietra infernale. Successive esplorazioni mostrano la stabilità dell' unione per prima intenzione.

Storia 26. — Lacerazione pertneale di 3° grado, cagionata dal forcipe che lascia la presa. Perineorafia consecutiva.

Questa è la donna 22 1870 già numerata fra quelle affette da pelvi angusta. In un tentativo di forcipe fatto prima della craniotomia il forcipe lascia la presa, ed uscendo con certo impeto, lacera il perineo fin quasi all' ano.

La cura consiste in iniezioni vaginali con decotto di china. In 30ª giornata di puerperio, si trova che la lacerazione non si è unita che per un piccolissimo tratto nella parte posteriore, e quivi ancora quasi solo dal lato della vagina; di più si nota che il labbro destro *cicatrizza isolatamente;* con che si toglie ogni speranza di riunione per seconda intenzione. Si tenta, con ripetute cauterizzazioni di tenere ravvivato questo margine, ma in vano.

In 58ª giornata si viene alla perineorafia, con sutura incavigliata.

Dopo 4 giorni si tolgono i punti. L' unione è perfetta eccettuato un piccolo tratto presso l' ano che è sede di lieve mortificazione.

La donna parte dall' ospizio con un perineo lungo un pollice e con un piccolo pertugio fra l' ano e il perineo comunicante colla vagina. Questo pertugio veniva sempreppiù restringendosi, e sarebbesi molto probabilmente chiuso del tutto se la donna avesse accondisceso a presentarsi di tanto in tanto all' Ospizio per proseguire la cauterizzazione.

Storia 27. — Lacerazione centrale che giunge all' ano. Unione per 2ª intenzione, quasi totale, ma imperfetta.

Questa avvenne nella donna 100 1869. Il feto era piccolo, ma la levatrice in capo che assisteva la partoriente ci assicurava che una violentissima doglia aveva a un tratto espulso il capo sì che le era stato impossibile di rattenerlo.

La lacerazione aveva rispettato la commessura posteriore della vulva, ma si estendeva da pochi millimetri al di là di essa fino all' ano, e anche la cute di questo era lacerata. La piccola striscia che a guisa di ponte divideva la vulva dalla lacerazione era allungata per la distensione, e fluttuante.

La cura consisteva nelle sole iniezioni detersive, e nella maggiore possibile immobilita. Quattordici giorni dopo si trovava tutta la lacerazione saldamente riunita; la striscia di tessuti rimasa incolume vedevasi raccorciata, ingrossata e tesa; e fra essa e il perineo un foro capace di una comune sciringa.

Le labbra però della lacerazione non eransi saldate in perfetto scambievole rapporto, essendo il labbro destro più dell' altro sporgente, sì che buona parte della sua superficie di lacerazione era rimasta libera, e costretta a cicatrizzare isolata.

Per questa disposizione lo spessore delle superficie conglutinate era naturalmente molto minore di quello che è proprio di perineo normale.

Storie 28, 29, 30. — Quanto alle tre *lacerazioni di secondo grado* dirò in breve quanto segue.

Nella donna 27 1869 la riunione si faceva per mezzo di un ponte che lasciava posteriormente un foro capace dell' apice del mignolo.

Nella donna 62 1870 la lacerazione avvenne durante l' estrazione col forcipe del capo di mediocre volume, che per debolezza di doglie ed angustia delle pudende già da *due ore* trovavasi alla vulva. Questa lacerazione, invasa nel puerperio da mortificazione, si vide poi essersi approfondata fino all' ano senza comprenderlo. Non si ottenne nel processo di cicatrizzazione alcuna adesione delle due labbra, sicchè la donna venne poi assoggettata alla perineorafia, con sutura incavigliata.

Dopo 4 giorni la sutura veniva tolta. La metà inferiore era saldata; la superiore solo nel profondo.

Ma neppure questo parziale successo fu tutto stabile, sicchè stata sarebbe necessaria una seconda operazione, cui la donna non volle assoggettarsi. L' insuccesso fu in parte almeno dovuto all' indocilità della malata che non volle seguire le necessarie regole, e fin da principio, a nostra insaputa, volle spontaneamente urinare.

Finalmente nella donna 21 1870, affetta da angustia vulvare, applicatosi il forcipe allo stretto inferiore per debolezza di doglie, vedendo molto tesi i margini della vulva e il perineo, furono operate due incisioni laterali, ma ciò non ostante nel massimo della distensione videsi *la cute lacerarsi per prima*, e propagarsi da essa la lacerazione a tutto lo spessore del perineo, compiendosi però questo *prima nel centro* e di là propagandosi fino alla vulva.

Storie 31, 32. — Lacerazione della mucosa perineale.

Questo fatto verificavasi nelle donne 29 e 30 1869. La loro vulva era piccola, il capo del feto era grosso, le doglie erano deboli, cosicchè il capo rimase parecchie ore allo stretto inferiore, e rimase impegnato alla vulva, nella prima due ore, e tre nella seconda. Per questa lentezza del travaglio venne profondamente contuso l' osculo vaginale, e lacerata la mucosa vaginale che costituisce la faccia interna del perineo, in un caso in senso trasversale, nell' altro in senso longitudinale.

Nella donna N. 30 la lacerazione si mortificava e questo era cagione di febbre preceduta da brivido che durava per due o tre giorni, e col detergersi della piaga diminuiva e cessava.

La donna volle partire in 19ª giornta. Già da due giorni era cessato l' edema collaterale delle pudende, e non rimaneva che piccola piaga.

Dell' altra donna non trovo notato nel diario altro che fu necessario per qualche ora sciringarla.

Storia 33. — Lacerazione del vestibolo, che dà grave emorragia a nappo.

La donna 60 1869, affetta da angustia della vulva, dopo l' espulsione di feto maschio che era di piccola mole (gr. 2830), viene presa da emorragia. Si estrae la seconda che era già in vagina. L' emorragia prosegue, benchè l' utero sia contratto, e osservando attentamente si vede che il sangue non esce dalla vagina, ma scende dall' alto della vulva; il suo colore è alquanto più vivo di quello che suol essere il sangue che esce dai genitali dopo il parto, e con certa prestezza si coagula. Volgendo l' attenzione alla parte superiore della vulva, e ripulendola ripetutamente e con prestezza dal sangue, giungo a scoprire che l' origine dell' emorragia è una lacerazione

longitudinale nell' alto del vestibolo. Il percloruro di ferro sotto la formola dell' emostatico del Prof. *Piazza*, arresta prontamente l' emorragia. — La cicatrizzazione della superficiale lacerazione fu pronta (1).

Quanto al *trattamento* delle lacerazioni, risulta dalle storie suesposte che nella nostra Maternità le lacerazioni anche vaste furono abbandonate a loro stesse.

Ci contentammo di fatto di scrupolosa nettezza mediante frequentissime iniezioni vaginali detersive ed antiscettiche, e di applicazioni di filaccie bagnate in decotti di china o in soluzione di acido fenico, o in quello di cloruro di calce; le quali filaccie venivano insinuate frai margini della ferita quando esse assumevano cattivo colore od erano presi da manifesta mortificazione. E aggiungerò ancora che quando avveniva che la piaga divenisse sede di placche difteriche, oltre i predetti mezzi si usò la pietra infernale sulle placche istesse.

Questo metodo di abbandonare la riunione della ferita a se stessa fu seguito nella nostra Maternità per ciò che il ch. Sig. Ostetrico Primario ebbe osservati molti casi di vaste lacerazioni perineali riunitesi spontaneamente, quando per prima, quando per seconda intenzione, sicchè egli si vide autorizzato a risparmiare alla povera donna

---

(1) Il Dott. *P. Muller* ha descritto 6 casi di tali lacerazioni, dei quali tre nel Tomo 6° e tre nel Tomo 7° delle *Beiträge zur Geburstkunde* etc. diretto dallo *Scanzoni*. L'ultima comunicazione, che comprende un caso mortale, è riferita nelle *Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynaekol.* redatte dalla Società Ostetrica di Berlino, Tomo 1°, pag. 316, sotto il titolo di *Rotture fra il clittoridè e l' uretra durante il parto.* — L' emorragia, sempre grave, cominciava coll' espulsione del capo, e cresceva sotto la contrazione dell' utero. L' Autore consiglia di applicare lo zaffo in vagina, di comprimere la lacerazione con una spugna, e di fissare questa con vari punti passati attraverso le grandi labbra (!).

il dolore di una sutura fatta quando essa è esausta dalla penosa opera del parto. Al che si aggiunga che assai poca fiducia egli pone nella sutura immediata esposta al continuo contatto di liquidi così inaffini quali sono quelli che gemono dai genitali di una puerpera.

Sostegno del perineo.

Sotto questo nome debbono essere intese in complesso tutte le cure che porge l'ostetrico alla partoriente perchè, durante il 3° periodo del parto, cioè il periodo d' espulsione, non vengano lacerati i genitali esterni.

A tutti gli elementi del parto debbono queste cure esser rivolte. Alle *forze espellenti*, sì riguardo alla direzione che all' intensità loro; alle *parti genitali esterne*, sì riguardo all' ampiezza e cedevolezza della vulva e dell' osculo vaginale, che alla tenacità, ed elasticità del perineo; finalmente al *feto*, perchè le varie sue parti affrontino l' escita coi diametri più piccoli, per quanto lo permette il meccanismo della peculiare posizione del feto stesso.

La *direzione* delle forze espellenti è di grande momento, perchè se è vero, come io credo verissimo, che la testa viene spinta a varcare lo stretto inferiore e la vulva dall' incontro ad angolo della forza complessa che lo preme in basso e in avanti (utero, diaframma, e muscoli addominali) colla forza che lo spinge in alto e in avanti (costituita dalla reazione del perineo disteso); se questo è vero, deve essere vero altresì che la risultante di queste forze sarà tanto più poderosa quanto più acuto è l' angolo col quale esse due forze s' incontrano, cioè a dire quanto meno l'utero è inclinato in avanti, e quanto maggiore è l' inclinazione della pelvi.

Facendo estendere fortemente la colonna lombare, si ottengono appunto questi due scopi (*Schultze*). Difatto con questo moto si viene a portare indietro la parete

posteriore dell' addome e con esso il corpo dell'utero che sopra vi poggia, e si aumenta l' inclinazione del bacino rispetto alla colonna stessa.

Questa estensione della colonna lombare si ottiene assai bene sottoponendo ad essa una stretto cuscino. Quando poi si voglia ottenere l' effetto contrario basta sottoporre il cuscino alle natiche (1).

---

(1) Il Prof. *Giambattista Fabbri*, mio padre, ha sempre insegnato, nelle sue lezioni orali, l' utilità che in alcuni casi si ritrae durante il parto dall' aumentare l' inclinazione del bacino con un cuscino sottoposto alla colonna lombare, al fine di rendere centrale l' orifizio uterino che trovisi portato troppo verso la concavità del sacro, in grazia di una deficiente inclinazione del bacino. Fin da quando egli era a Ravenna Chirurgo Primario Condotto, e Professore per le Levatrici, lo consigliava, e lo metteva in opera; e fra le altre donne da lui assistite colà, mia Madre stessa, di cara memoria, ne sperimentò il vantaggio negl' ultimi suoi due parti che avvennero nell' Ottobre 1840, e nel Giugno 1843. — Egli ha proposto ancora sino da quel tempo di accrescere o diminuire l' inclinazione del catino, sottoponendo il guanciale o ai lombi o alle natiche, quando da difetto o da eccesso d' inclinazione del catino stesso poteva ritenersi che fosse cagionata l' eventuale inclinazione della presentazione del feto.

Ma spetta all' illustre ostetrico di Jena, il Prof. *B. S. Schultze* l' avere dimostrato con ingegnoso metodo di esatte misure la rilevante mobilità della colonna lombare ottenuta con tale artificio. Da queste misure, prese in 33 cadaveri, si rileva in media che, passando la colonna lombare dalla maggiore flessione alla maggiore estensione, la prima vertebra lombare si allontana dall' asse dell' ingresso prolungato in alto centimetri 82, 18, e la terza vertebra lombare (che più specialmente influisce sulla inclinazione dell' utero) se ne allontana centim. 41, 15. Per questo movimento della terza vertebra lombare, l' asse dell' utero potrebbe, secondo *Schultze*, percorrere in media un arco di 16, 73 gradi, essendo portato, durante la maggiore flessione della colonna, a fare colla conjugata in media un angolo di 79°, 11, e durante la maggiore estensione di essa, un angolo di 62°, 38. — Lo *Schultze* ha fatto di pubbli-

L' intensità delle forze espellenti può essere viziosa per eccesso o per debolezza. Nel primo caso, può l' ostetrico moderarla, cercando che la donna metta poco in azione le forze ausiliari (diaframma, e muscoli addominali); il che si ottiene, come è noto, eccitando la donna a non trattenere il respiro per premere, ma a respirare frequentemente; mentre può dall' altro lato l' ostetrico opporsi agli effetti della soverchia forza espellente, trattenendo il capo dall' avanzarsi. Il che si ottiene premendo colla palma sul perineo, in direzione perpendicolare alla faccia esterna del perineo istesso; e, se si tratti di posizioni occipito o mento-anteriori, premendo coll' altra mano sull' estremo anteriore del capo, per opporsi al moto di arco di cerchio all' innanzi che attorno all' angolo del pube deve fare la testa per escire alla luce. Gioverà ancora, per le ragioni suesposte, alzare le natiche della donna, sottoponendovi un cuscino.

Quando poi le forze espellenti manchino di vigoria durante questo terzo periodo del parto, se riescono vani i semplici mezzi che consistono nelle fregagioni, negli eccitanti analettici, e nell' uso di quel leggero ocitonico

---

ca ragione questi suoi esperimenti; e ha caldamente raccomandato il suddetto artificio agli Ostetrici in una sua memoria che ha per titolo « *Erleichterung der Geburt durch Verminderung der im Becken gegebenen Wiederstände* ». *(Modo di agevolare il parto diminuendo gli ostacoli opposti dal bacino)*; memoria stampata nella *Jenaische Zeitschrift*. Bd. 3° Heft. 2. u. 3. — In questo lavoro egli giustamente fa notare come, per favorire l' ingresso e la discesa del capo, convenga alzare le natiche della donna per diminuire l' inclinazione del bacino, e con essa l' attrito contro la parete anteriore del bacino, il che riesce di grande utilità nei casi di pelvi angusta o di soverchia inclinazione della pelvi; e che all' incontro utile torna il produrre forte estensione della colonna lombare durante il periodo d' espulsione, per le ragioni poc' anzi esposte.

che è l' acqua di cinamomo, e se non basta l' aumentare l' inclinazione del bacino nel modo che si è detto, il miglior mezzo è quello di estrarre il feto o col forcipe o colla semplice mano che talora basta da sola, come vedremo parlando dell' *estrazione manuale nel parto pel capo.* L' uso della segale in questo periodo è pericoloso pel perineo ed anche pel feto, per le ragioni già esposte nella Storia 19.

Quanto alle *parti genitali esterne,* se esse sono *anguste* e *resistenti*, occorre pel buon esito del parto che le doglie sieno vigorose ma non così violenti da produrre lacerazioni. A questo concetto si informano le cure dell' ostetrico, perchè il parto proceda con ragionevole lentezza, ma non così lento da mettere il feto in pericolo e da produrre guasti profondi nelle parti materne per la prolungata pressione alla quale fossero sottoposte.

Una generosa incisione ad ogni lato della vulva presso la sua commessura inferiore, è necessaria per salvare il perineo, quando si vegga imminente l' espulsione del capo e si scorga assai teso il margine inferiore della vulva e il perineo.

Se il perineo è *soverchiamente cedevole*, rendesi lento il parto perchè fa difetto la reazione del perineo, la quale deve spingere il feto in alto e in avanti; e se le contrazioni dell' utero sono energiche può aver luogo lacerazione centrale del perineo. In tali congiunture, la palma applicata al perineo lo rinforza e supplisce con acconcie pressioni dirette in alto e in avanti al difetto di quella necessaria *reazione* che può e deve considerarsi una vera forza espellente. A quest' ultimo scopo giova anche assaissimo introdurre un dito o due nell' intestino retto, uncinare con esse dita l' estremità del capo che è posteriore, e traendola in avanti, promuoverne l' escita dalla commessura inferiore della vulva.

Quanto al *feto*, l' eccessivo suo *volume* richiede, come è noto. le stesse cure che esige l' angustia della vulva. La posizione invece merita speciali riguardi.

Di fatto, le posizioni occipito-posteriori sono più svantaggiose perchè costringono il capo a déprimere più fortemente il perineo, essendo qui il raggio dell' arco che fa il capo attorno al pube di 11 centimetri, e spesso anche più lungo. Perciò nel caso di vulva angusta è più che mai ragionevole il tentare la conversione della posizione occipito-posteriore in anteriore; che se questo non si voglia o non si possa, bisogna vegliare a ciò che il parto proceda lento, ed esser pronti alle incisioni della vulva. Ma in quest' ultimo caso, cioè quando la posizione resta posteriore, e massime quando si compia l' estrazione col forcipe, bisogna attendere ad imitare quello che in regola generale fa la natura, cioè a far escire la testa alquanto obliqua. Di fatto, se la fronte è direttamente in avanti, non potendo essa, per. la soverchia sua larghezza, occupare il sommo dell' angolo del pube, è costretta a varcarlo più in basso dove esso ha maggior larghezza, e così tutto il capo è spinto più in basso, e il perineo costretto a vistoso abbassamento, d' onde maggiore è il pericolo di lacerazione. Che se invece la testa sia condotta alquanto obbliqua, una bozza frontale può occupare quasi il sommo dell' angolo del pube, e minore è la distensione del perineo.

Ma anche quando l' occipite è rivolto all' innanzi, merita lo stato del capo speciali attenzioni. Prima che si compia l' arco di cerchio che deve condurre la fronte e la faccia fuori della vulva, bisogna accertarsi che l' occipite sia non solo fuori della pelvi ossea, ma eziandio *imbocchi l' osculo vaginale*, affinchè non sia costretto a passare per lo stretto inferiore e per la vulva il diametro occipito-frontale, ma un diametro minore di lui, il

sotto-occipito-frontale. Questo si ottiene spingendo in basso l' occipite perchè il capo sia flesso a dovere, e al momento opportuno *tirando l' orlo superiore dell'osculo vaginale* in alto e indietro fino a condurlo, coll' avanzarsi del capo, sulla nuca del feto (1).

Anche le spalle possono pel loro volume trovare impedimento a varcare la vulva, e produrre lacerazione perineale quando la loro escita o l' estrazione loro avvenga troppo rapidamente. Quindi le cure per la conservazione del perineo non debbono cessare coll' escita del capo.

È vero che, escito il capo, le spalle d' ordinario non trovano più serio impedimento, ma è vero altresì che, escito il capo, il perineo retraendosi forma una diga che ricopre la spalla posteriore, diga che deve essere abbassata di nuovo e valicata durante l' arco di cerchio che descrivono le spalle attorno al pube. Di questo bisogna ricordarsi quando l' eccessivo volume delle spalle rispetto

---

(1) Quest' ultima avvertenza è richiesta nel caso di angustia della vulva. Di fatto in questi casi vedesi talvolta l' orlo superiore dell' osculo vaginale incappucciare e precedere l' occipite che si avanza. Con questo si viene a porre impedimento al moto d' arco di cerchio del capo attorno al pube, e il capo tende a varcare la vulva angusta col suo lungo diametro occipito-frontale, d' onde il pericolo di vasta lacerazione del perineo. — *Schatz*, nell' *Archiv für Gynaekologie* 1871, Vol. 3°, pag. 307, facendo la critica alla prima edizione del Trattato d' Ostetricia di *Schröder*, parla di tirare indietro le piccole labbra troppo oltre avanzatesi; e *Schröder*, nella terza edizione del Trattato istesso, consiglia di tirare indietro l' orlo dell' osculo vaginale. Non so se i due sudetti Autori, in modo laconico e così di volo, intendano parlare del fatto da me descritto. Gli altri Autori non ne fanno parola. — Io, per esperienza, credo la cosa di qualche importanza. In questo biennio ne avemmo prove convincenti, e la donna 55 1870 porse bell' esempio del fatto, e dell' utilità del rimedio.

al capo pone remora al parto e l' ostetrico (assicuratosi che la spalla anteriore è già fuori dell' angolo del pube) uncina l' ascella posteriore e la trae in alto e in avanti (1).

---

(1) L' illnstre ostetrico di Praga, il Prof. *Bernardo Seyfert* (rapito all' arte nostra il 7 Maggio 1870), nelle sue lezioni orali, cui ebbi la fortuna di assistere per più di un anno, insistendo sulla necessità di fare escire la spalla anteriore coll' abbassare fortemente il capo del feto contro il perineo, prima di determinare l' escita della posteriore, soleva raccontare che, chiamato egli una volta ad una partoriente, trovò il capo escito da qualche ora, e la spalla anteriore tutta nascosta dietro il pube. La levatrice difatto aveva voluto disimpegnare le spalle, e senza curarsi della spalla anteriore aveva tratto il capo in alto e in avanti e, dopo inutili sforzi, avea finalmente chiesto aiuto dall' Ostetrico. Il *Seyfert*, traendo fortemente in basso e indietro il collo del feto, potè disimpegnare la spalla dalla sinfisi del pube, farla escire, e allora traendo in alto estrarre la posteriore. Scorsa una buona settimana, il *Seyfert* era chiamato di nuovo perchè la donna perdeva l' urina, e trovò una vasta fistola della grandezza di un franco, determinata senza fallo dalla lunga pressione della spalla anteriore contro il pube. Egli aggiungèva che se in simigliante caso si trovassero le spalle incuneate in modo da non potere abbassare la spalla anteriore, bisognerebbe estrarre il braccio posteriore, e rotare quindi il corpo del feto sul suo asse longitudinale sì da condurre il braccio e la spalla estratta sotto l'angolo del pube, dopo di chè nulla si opporrebbe all' estrazione della spalla divenuta posteriore.

L' incuneamento delle spalle devesi, cred' io, intendere in questo caso nel modo seguente. Salita la spalla anteriore dietro il pube, la spalla posteriore non può più oltre avanzarsi salendo, perchè lo impedisce il collo che impunta contro l' angolo del pube, e perchè d' altronde forse la spalla anteriore sarebbe impedita a più oltre salire dal tronco del feto contro cui s' impunta; la spalla posteriore non può retrocedere perchè bisognerebbe che retrocedesse tutto il tronco del feto che invece è spinto in basso dalla contrazione e retrazione dell' utero; non può abbassarsi per far abbassare la spalla anteriore, perchè il perineo non lo permette; perciò ogni uscita è chiusa. Dietro queste considerazioni, si comprende che si può riescire nel modo che giovò al *Seyfert* solo quando il tron-

Queste trazioni debbono essere assai lente, e giova il fare escire la spalla alquanto di lato e non proprio direttamente nel mezzo del perineo, perchè quivi esso è più lacerabile (1).

Queste furono le regole da noi seguite e delle quali ci trovammo soddisfatti.

Ho già avuto occasione di parlare qua e là degli impedimenti trovati alla vulva, ne parlai poi specialmente nel paragrafo dedicato alle *difficoltà date dalle parti molli* e alle *lacerazioni delle pudende*. Le storie che si riferi-

---

co del feto possa alquanto retrocedere e il perineo abbassarsi; nel caso contrario è d' uopo ricorrere all' ingegnoso artificio di estrarre il braccio posteriore e rotare il tronco come proponeva ll *Seyfert*.

(1) Il grado maggiore di eccessivo sviluppo delle spalle riguardo al capo ce lo porgono i mostri *anencefali* nei quali le spalle, non solamente sono sempre di volume eccessivo relativamente alla piccolezza del loro capo privo di volta craniale, ma eziandio sono non di rado in se stesse considerate assai voluminose, essendosi visto il loro diametro giungere fino a pollici 6 1|2 (A. *Friedr. Hohl* « *Die Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder* ». Halle 1850). — In questi casi le spalle possono già allo stretto superiore presentare grave ostacolo alla discesa; e *Hohl*, nell' opera citata, consiglia di non ostinarsi in dannose trazioni, ma prima che le spalle sieno irremissibilmente incuneate, d' insinuare la mano fino alle spalle, di cercare di metterle in buoni rapporti coi diametri dell' ingresso, e se questo buon rapporto già esistesse o non si potesse ottenere, di tirare in basso una o tutte due le braccia, o per mezzo della mano stessa o con un uncino ottuso, come fece *Osiander*. — Ora, come è ben naturale, lo stesso impedimento debbono trovare le spalle allo stretto inferiore e alla vulva non dilatata dal capo troppo piccolo, ed eguale artifizio, l' estrazione cioè delle braccia, potrà usarsi come recentemente lo ha usato il Dott. *E. Porro*, e narrato nella sua interessante memoria inserita nella Gazzetta Medica italiana, Vol. 6. 1873. — Egual cosa potrà senza dubbio farsi allo stretto inferiore nel caso di feti voluminosi estratti pel capo dopo fatta la craniotomia e la cefalotripsia.

scono a queste ultime mostrano che le lacerazioni di qualche rilievo avvenute in questo biennio sono in piccolo numero, e che anche meno sarebbero state, se in qualche caso, circostanze affatto eccezionali non si fossero verificate.

La posizione data alla donna fu d' ordinario quella sul dorso, talora con cuscino sotto i lombi, non mai sotto alle natiche. Ma in qualche caso di vulva angusta facemmo porre la donna sul fianco sinistro con un cuscino fra le coscie.

La posizione sul fianco che si usa per regola in Inghilterra, e che in qualche clinica di Germania vidi adottata per le primipare, permette di sorvegliare assai bene il perineo, e di farvi energiche pressioni per trattenere il capo dall' escire se si creda opportuno di render lento il parto. Ma essa posizione ha, secondo io penso, anche un altro vantaggio, quello cioè di potere fare estendere con facilità la colonna lombare, portando il bacino a più sentita inclinazione, di che si agevola la depressione del perineo, e si aumenta l' effetto della sua reazione espellente per le ragioni sopradiscorse. È vero che in questa posizione della donna l' utero viene inclinato in avanti, ma esatte misure da me prese mi mostrarono che tale spostamento è di pochi centimetri, e che durante la doglia l' azione delle pareti addominali anteriori fa diminuire quell' inclinazione uterina sì da farla scomparire o da ridurla a pochi millimetri. Per ora non faccio su questo altra parola, avendo intendimento di farne oggetto di speciale comunicazione.

In cinque casi furono da noi fatte in questo biennio due incisioni laterali, cioè due volte per angustia della vulva, e tre per eccessivo volume del feto. In un solo di questi casi accadde la lacerazione di 2° grado, volendosi troppo affrettare l'estrazione col forcipe, per timore della

vita del feto. In un secondo caso avveniva lacerazione di 1° grado; negli altri tre rimaneva intatto il perineo. Anche in altri casi si sarebbe forse evitato lacerazione se fossimo noi medesimi stati presenti al parto e avessimo potuto eseguire le incisioni.

Secondamento.

Il modo col quale si è assistita da noi la partoriente in quest' ultimo periodo del parto, consisteva nell' operare quasi continua fregagione sul fondo uterino, interrotto nei momenti nei quali il viscere entrava in ben decisa contrazione; e nel congiungere a queste fregagioni prudenti e moderate trazioni sul funicolo, durante una contrazione uterina, tostochè la placenta sentivasi tutta, o in gran parte almeno, discesa in vagina.

Con questi mezzi si previene l' inerzia nella quale cade assai di sovente l' utero dopo l' espulsione del feto e con ciò le troppo frequenti, e più o men gravi emorragie interne od esterne che accompagnano il secondamento; e si accelera il secondamento istesso che altrimenti tanto spesso si protrae di non poco, con pena della partoriente e con incomodo di lei e degli assistenti.

Il metodo del *Crédé*, che consiste nelle forti fregagioni dell' utero, congiunte infine a tale compressione del fondo e del suo corpo da spremerne fuori la seconda, è maneggio che vidi assai bene riescire nella Clinica dell' illustre Ostetrico di Lipsia, ed in altre della Germania, ma le nostre donne non lo tollerano e non lo permettono punto, come ho potuto sperimentare io stesso.

Del resto io credo esagerato il timore delle trazioni sul funicolo, poichè quando siano precedute ed accompagnate da fregagioni dell' utero che ne promuovono e mantengono la contrazione e siano incominciate quando la seconda è già in gran parte distaccata e discesa in vagina, non possono tali prudenti trazioni produrre ro-

vesciamento del viscere, nè lacerazione del tessuto placentale col pericolo che qualche cotiledone o dei lacerti di membrane rimangano nell' utero; timori tutti che promossero il metodo tedesco o del *Crédé.*

Non è poi a credere che in tutti i casi, ad accelerare moderatamente l' espulsione della seconda, sieno necessarie le trazioni sul funicolo, poichè in qualche caso bastano le fregagioni a fare che entro 15 o 20 minuti venga espulsa la placenta; e in questo biennio ne avemmo qualche esempio.

Rarissimi sono invece i casi nei quali senza alcun aiuto avvenga colla desiderata sollecitudine il secondamento. Due soli esempi ne avemmo in questo biennio, e ce li porsero le donne 22 e 89 del 1869; mentre è poi frequente il caso che, tardando a promuovere l' escita della seconda, si vegga frattanto crescere il volume dell' utero, ed escire poi chiusa nel sacco amniotico non lieve copia di sangue, il che non sempre riesce innocuo alla donna, e all' opera dell' allattamento.

Anomalie delle secondine.

Nel funicolo osservammo una volta una straordinaria sua cortezza, sicchè non misurava che 30 centimetri, una volta un nodo lento, e finalmente in un caso vi osservammo alla superficie vari di quei tumoretti sessili trasparenti, costituiti da circoscritte esuberanze di gelatina di Narton, e che sono stati (se non erro dall' *Hening*) descritti sotto il nome di *mixomi* del funicolo.

L' anomalia più interessante ci occorse in una placenta ed è la seguente:

Placenta con faccia coriale piccolissima.

Questa placenta, appartenente a feto di circa mesi 8 1[2, è molto piccola e grossa e di figura leggermente ovale. Il suo diametro maggiore è di 11 centimetri, il minore di centim. 10; la grossezza di centim. 4 1[2 nel punto ove

essa è maggiore, di 3 1[2 ove è minore. Nulla si rileva di anormale nella sua faccia uterina. Nella faccia fetale risalta poi subito il fatto che solo una piccola area centrale (nel cui mezzo trovasi l' inserzione del funicolo) ha l' aspetto proprio della faccia fetale. Quest' area, leggermente ovoide nel senso del diametro maggiore della placenta, misura centim. 5 1[2 in lunghezza e 4 1[2 in larghezza. Ad essa area soltanto si trova aderente il corion. Attorno a questa area centrale trovasi un cercine rilevato bianco, duro e circondato dai depositi bianco-giallastri fibrinosi che sogliono notarsi al confine della faccia fetale della placenta. Attorno a questo cercine il resto della faccia fetale della placenta ha perfettamente l' aspetto della superficie uterina, non escluse le bozze e gli avvallamenti che costituiscono i cotiledoni ed i seni. — Le misure sopranotate sonosi prese sulla placenta già stata entro l' alcool.

L' anomalia suddescritta della placenta è, cred' io, molto rara, poichè fra le molte placente da me diligentemente esaminate e che ascendono a non poche centinaia, due sole volte mi venne fatto di osservarla. Una di queste è la descritta superiormente e che osservai nel 1869, l' altra la vidi nella Maternità di Praga nel Settembre del 1867. Una terza è stata poi l' anno scorso osservata nella nostra Clinica Ostetrica, e il distinto collega Dott. *L. Golinelli* che l' aveva serbata per la sua rarità, saputo che io altre due ne aveva già osservato, me l' ha gentilmente favorita da esaminare.

Nella magnifica opera di *Jos. Hirtl* sui vasi delle secondine (1) non è rappresentata una simile anomalia, sì che è a credere che neppur *Hirtl* l' abbia mai veduta.

——

(1) *Jos. Hirtl,* Die Blutgefässe der menschlichen Nachgeburt. Wien 1870.

Osservando questa placenta, si vede che il fatto in ultimo consiste in ciò che solo in una piccola area attorno all' inserzione del cordone ombelicale i villi del corio si sono permanentemente vascolarizzati per formare la porzione fetale della placenta, ed è pur d' uopo ammettere che questi pochi villi, irrorati da gran copia di sangue, e nei quali si concentrava per così dire, tutta la vita dell' allantoide hanno dovuto vegetare e ramificarsi in modo straordinario, con che hanno dato luogo a placenta assai grossa, e a placenta che invase la decidua serotina anche fuori dell' area corrispondente all' origine dei villi stessi.

Ora quale è stata la causa di questa anomalia? Un alterazione nel corion che impedisse la vascolarizzazione degli altri villi non credo si possa ammettere, considerando che in tutti i tre casi la superficie aderente del corio è un disco a *confini ben limitati* e che porta al suo centro l' inserzione del cordone. Strano in vero sarebbe che entro limiti così ben decisi e regolari fossero limitati i villi vascolarizzabili. — Una compressione dell' uovo che limitasse a piccolo segmento del corion il punto di suo contatto colla decidua serotina è difficile comprendere da che cosa potesse essere data, e difficile ad ammettere che potesse essere così uniforme da rendere quel segmento di contatto quasi un perfetto disco; e tale compressione non rende certo ragione del perchè in tutti tre i casi l' inserzione del funicolo fosse perfettamente centrale alla placenta e al disco istesso del corion aderente, mentre l' inserzione centrale è cosa piuttosto rara (16 per 100 secondo *Hirtl*).

Per me sono inclinato a credere che si trattasse in questo caso di anomalia dell' allantoide la quale in luogo di espandersi come ha per costume in tutta la superficie del corio siasi recata in forma di stretto cilindro a piccola

porzione del corion corrispondente alla serotina, e lì siasi fermata e vi abbia presa aderenza. Questo arresto nello espandersi dell'allantoide bisognerebbe spiegarlo con alterazione insita nell'allantoide stessa, e di vero non potrebbe sospettarsi che tale arresto fosse dovuto al rapido distendersi ed avanzarsi dell' amnios sulla superficie interna del corion, essendo ammesso che l' allantoide è già tutta distesa sul corion quando vi giunge l' amnio.

Potrebbe forse obbiettarsi che strano riesce il comprendere che il cilindro costituito dall' allantoide sia proprio andato a recarsi ad aderire al corio in corrispondenza della serotina; ma se ben si rifletta, questa obbiezione appoggia anzi la spiegazione data dell' anomalia; poichè se una tale alterazione dell' allantoide è possibile, qualora essa si verificasse, e l' allantoide andasse ad aderire al corion in corrispondenza della decidua reflessa l' embrione perirebbe; e solo allora potrebbe svilupparsi quando l' aderenza dell'allontoide andasse, per favorevole ma rara casualità, ad inserirsi al corion in corrispondenza della serotina, nel qual caso appunto avrebbe luogo la rara anomalia della placenta da me descritta.

A sciogliere questo problema gioveranno forse le esatte osservazioni microscopiche dell' esemplare mio e di quello del *Golinelli*; ma tali osservazioni, che richieggono prima numerose osservazioni simili fatte in secondine normali, non ho potuto ancora istituirle. Mi contento per ora di una semplice ipotesi.

Congestione al capo durante il travaglio.

Due casi ne occorsero.

Storia 34. — Il primo avvenne nella donna 1 1869. Essa era scoliotica; e il suo cuore, come ho già avuto occasione di rammentare, era coricato, sicchè la punta batteva al quarto spazio intercostale; di più esisteva in essa bronco pneumonite lenta.

Verso la fine del parto (prematuro provocato), e precisamente durante le doglie conquassanti, insorge grave inceppamento della circolazione. Le vene inturgidiscono, e massime le jugulari che divengono grosse come un dito; gli occhi si fanno sporgenti, e tutto l'aspetto della donna è come di chi sia per morire soffocato; il polso è piccolissimo. Due accessi di questa guisa si succedono a breve intervallo, e dopo ciascuno la donna rimane qualche istante come priva di coscienza. Temendo allora qualche funesta conseguenza, mi affretto a farle un piccolo salasso. Tosto dopo il feto viene espulso, e cessa ogni pericolo.

Storia 35. — In questo secondo caso è notevole la *nevrosi che dalla congestione derivava.* La donna 19 1870 (che trovò già posto nello specchietto riguardante la distocia per volume del feto) era una contadina atletica e sanguigna. A termine della sua prima gravidanza presenta il capo tutto al disopra dell' ingresso quando comincia il travaglio. Dopo sei ore, non ostante le buone contrazioni, non è successo ancora l' impegno; il collo è ancora lungo 2 centimetri, ma disteso dalla borsa che sporge per quasi un centimetro dall' orifizio, i cui margini sono abbastanza molli. Scorse altre due ore, il collo si trova completamente disfatto, l' orifizio dilatato come un pezzo da due lire, il capo alquanto impegnato. Dopo un ora e tre quarti, si sente l' orifizio completamente dilatato, la borsa sporgente assai, e floscia fuori delle doglie; essa viene rotta con una penna d' oca, e non senza qualche fatica.

Le doglie tosto s' invigoriscono, e il capo si avanza rapidamente. La piccola fontanella sentesi a destra. Ma sotto queste forti doglie la donna si agita assai, si fa molto accesa in viso, e accusa annebbiamento di vista; sì che le viene fatto un salasso di grammi 150.

Dopo questo, la donna si calma, e le doglie divengono meno frequenti e meno penose; però il parto procede, e in poco più di un' ora il feto viene espulso. Eccone il peso e le misure.

Peso		grammi	3720
Lunghezza totale.		centim.	51 8
Dal vertice all' ombelico		»	29 5
Diametro	occipito-mentale	»	14
»	occipito-frontale.	»	12 7
»	sotto-occipito-frontale. . .	»	11 2
»	biparietale.	»	9 5
»	bitemporale	»	9
Periferia	mento-occipitale	»	39 3
»	fronto-occipitale	»	36
»	sotto-occipito-frontale. . .	»	34
»	bisacromiale	»	35

Nella prima giornata di puerperio la donna non ci accusa nessuna sofferenza, e nulla in lei si trova di abnorme.

La sera però della seconda giornata, cioè circa trenta ore dopo il parto, accusa vampe al viso, che si mostra acceso. Le mammelle e l' utero sono indolenti, i lochi normali; le vien data bevanda di cremore di tartaro.

Il 3° giorno si aggiunge lieve febbre, i lochi sono fetidi; il resto è nel medesimo stato. Le si prescrive olio di ricino; e iniezioni vaginali con decotto di china.

Il 4° giorno nessun miglioramento. È molto accesa in volto; le mammelle sono tumide, la sinistra rossa e dolente. Le viene fatto salasso di grammi 150; e siccome non deve allattare, si fa unzione con pomata di belladonna ad ambedue le mammelle, e alla sinistra viene applicato un cataplasma ammolliente.

La sera la trovo piangente per forti dolori alle braccia, che ora soltanto essa ci dice di avere avuti, in grado lieve, dal parto in poi, ma che ora crebbero a grado intollerabile. Pel momento non le si prescrive che unzione calmante di olio di giusquiamo alle braccia.

Il 5° e il 6° giorno proseguono gli accessi dolorosi ed a brevi intervalli. Occupano essi tutti interi i due arti superiori, eccettuata la regione della spalla; cominciano con senso di torpore, quindi succedono dolori lancinanti, accompagnati da contrazione dolorosa dei muscoli, e massime dei flessori. Nulla trovasi negli arti di anormale, e fuori dell' accesso la pressione vi è indolente; lieve è il dolore che eccita la pressione durante le contrazioni spasmodiche. Nella notte le sofferenze sono maggiori.

Per questa tal quale periodicità di esacerbazione, si prescrive una soluzione di morfina e chinina, che sembra riesca giovevole; di fatto al 7° giorno le sofferenze sono scemate, e l' 8° non rimane che lieve dolore all' arto sinistro. Si sospende allora la mistura, ma il nono giorno, durante la notte, riprendono intensi gli accessi dolorosi. Si prescrivono allora senapizzazioni alla nuca ed al collo, che recano giovamento, e in due giorni perfetta e stâbile scomparsa del male. In 24ª giornata di puerperio la donna parte dall' ospizio

L' essere questa nevrosi tetanica insorta nel travaglio, durante il quale un forte inceppamento al circolo venoso era manifesto; l' essere dessa nevrosi bilaterale; l' essere infine scomparsa dietro l' uso dei derivativi alla nuca, crediamo autorizzi a ritenerla come cagionata da iperemia delle meningi cervicali, per la quale venissero irritate le radici anteriori dei nervi che compongono i plessi bracchiali.

Emorragie.

Storia 36. — Emorragia interna durante il periodo d' espulsione del feto.

Prima dell' espulsione del feto non avemmo ad osservare nessuna emorragia grave. La più rilevante fu un emorragia interna che colse la donna 24 1870. L' orifizio era già completamente dilatato, il capo già al fondo della pelvi, le doglie sufficienti, quando la donna fu presa da grave abbattimento. Non trovando alcuna cagione di questa complicanza, pensai ad emorragia interna, molto più che la donna era andata nel giorno perdendo qualche goccia di sangue.

Stavo per rompere le membrane, quando si ruppero spontaneamente. Allora non feci altro che cercare di mantenere l' utero contratto con quasi incessanti fregagioni, e far amministrare una mistura cordiale con acqua di cinamomo; dopo di che la donna si rianimava alquanto.

Ben presto il capo era alla vulva ed esciva in prima posizione.

Tosto feci dare alla donna una polvere di segale e continuai nelle fregagioni sul corpo uterino, che spesso si contraeva energicamente.

Passato un quarto d' ora, promossi l' espulsione della placenta con trazioni sul funicolo. A questa tennero dietro grumi, e qualche poco di sangue sciolto, in tutto del peso di circa 500 grammi. Fregagioni e segale mantennero l'utero stabilmente contratto. — Lo stato di oligoemia nel quale si trovava la gracile partoriente spiega il grave abbattimento cagionato da quella perdita di sangue in se stessa non grave.

Storia 37. — Inserzione bassa della placenta, grumi fra le membrane.

La donna 73 1870, primipara a termine, cinque giorni prima del parto venne di notte sorpresa da doloretti

uterini, ai quali teneva dietro l' escita di qualche goccia di sangne. Il collo era molle, lungo poco più di mezzo centimetro, e l' orifizio permetteva di giungere al sacco e sentire il capo.

Lo stillicidio in breve cessava; i lievi dolori si ripetevano tratto tratto per circa 10 ore, e cessavano col riposo assoluto.

Il travaglio durava 10 ore e nel suo esordire si ripeteva lieve scolo sanguigno.

Le membrane venivano rotte fuori della vulva, e l' espulsione del feto avveniva precipitosamente.

Escita la seconda dopo 10 minuti, si trovava l' apertura del sacco vicina a un margine placentale; e nella porzione di sacco che divideva la detta apertura dalla placenta si notava qualche grumo di sangue fra le membrane.

Grumi innicchiati nello spessore del sacco non sono cosa rarissima. Io ne ho osservati già varie volte; e due volte almeno, li ho sentiti esplorando la partoriente. La sensazione che danno al tatto è molto simile a quella che danno i cotiledoni della placenta, cosicchè possono mentire una placenta previa. Nei due casi suddetti potevasi avere un dato diagnostico negativo in ciò che il dito che li toccava non veniva sporcato di sangue, come suole esserlo quando tocca cotiledoni di placenta previa; ma in un caso che vidi in una clinica estera l' anno 1867, essendovi anche scolo di sangue, mancava quel dato negativo, e si fece diagnosi di placenta previa con emorragia lieve sì da non meritare nessuna cura speciale. Espulse però le secondine si vide che il preteso margine placentale altro non era che grumo innicchiato fra le membrane, e che la placenta immediatamente gli sovrastava ed era distante dal margine della rottura del sacco due dita trasverse.

Quando siavi, come nel caso narrato superiormente, anche emorragia esterna, può adunque rimanere incerta la diagnosi; e in tal caso se l' emorragia è insignificante, potrebbe bastare il fare immediatamente precedere ad una nuova esplorazione un' iniezione d' acqua; e in caso di emorragia più rilevante, gioverebbe forse la speculazione congiunta all' iniezione d' acqua entro lo speculum.

I detti grumi interstiziali li ho veduti sempre fra la decidua ed il corio o fra due lamine della decidua, ed indicano inserzione della placenta non lontana dall' orifizio uterino. Essi indicano ancora, con molta probabilità, presso qual lato dell' orifizio uterino sia inserita la placenta.

Emorragie durante il secondamento e subito dopo.

Ne occorsero complessivamente 23 casi. In 17 l'emorragia insorgeva durante il secondamento, e in 10 di questi cessava coll' espulsione o l' estrazione della placenta, mentre negli altri 7 casi essa proseguiva anche alquanto dopo. Finalmente in 6 l' emorragia si manifestava più o meno dopo il secondamento.

Nei primi 10 casi l' emorragia fu 6 volte grave, e in 3 di questi fu d' uopo ricorrere all' estrazione della placenta dall' utero; negli altri sette casi si cercò sempre di accelerare il distacco e l' espulsione della placenta facendo fregagioni sul corpo uterino e unendo in fine ad esse qualche prudente trazione sul funicolo, tostochè la seconda era già in parte escita dall' utero.

Fra i sette casi poi nei quali l' emorragia proseguiva anche dopo il secondamento, 3 volte l' emorragia fu grave dopo l' espulsione della placenta.

L' interessante caso di *emorragia per lacerazione del vestibolo* è già stato da me esposto nel paragrafo dedicato alle *lacerazioni delle pudende*, nella Storia 33; sì che ora non ne aggiungo parola.

Prendendo complessivamente tutti i 13 casi d' emorragia dopo il secondamento, 5 di esse furono gravi ed 8 leggiere, in 4 casi fu d' uopo estrarre una o più volte grumi dall' utero, 2 volte dalla sola vagina, 3 volte furono fatte iniezioni d' acqua fredda nel cavo uterino, 6 volte nella sola vagina.

Non occórre che io dica che nell' emorragia dopo il secondamento agli altri mezzi sempre si aggiungeva la fregagione esterna dell' utero, e l' uso della segala. In molti casi si univa l' applicazione del freddo al ventre.

La compressione dell' addome, fatta con varii pannolini applicati all' ipogastrio ed una fasciatura circolare, terminava ogni volta l' opera dell' emostasi. Ma talora credendosi necessaria essa compressione, sì per lo stato generale di debolezza della donna, che per lo più facilmente dominava l' emorragia, la si fece ancor prima che l'emostasi fosse completa. E in tal caso per non impedire con fasciatura circolare le fregagioni sull' utero ed in genere la sorveglianza che è necessario esercitare per qualche tempo su questo viscere, si fece momentaneamente la compressione colle mani, ed in qualche caso col sacchetto ripieno d' arena. Mezzo quest' ultimo assai buono perchè, mentre comprime efficacemente l' addome, permette la sorveglianza e le fregagioni dell' utero, e se si voglia, l' uso dei bagni freddi, fatti con pannolini applicati sotto il sacchetto d' arena.

Quanto alla fasciatura credo utile di avvertire che ad evitare ch' essa scorra in alto, come spesissimo accade, e si renda con ciò imperfetta la compressione del ventre, e inceppata invece la respirazione, è ben fatto tenere fisso in basso il margine inferiore del fasciatojo, con due striscie di tela ognuna delle quali portate attorno a modo di ansa alla radice di una coscia, si cuce quindi coi suoi due estremi riuniti a quel margine del fasciatojo che corrisponde all' inguine della coscia stessa (*Köberte*).

Solo in 2 delle 23 donne in discorso vi fu malattia grave nel puerperio (una peritonite e una metrite) in nessuna di queste due era stata fatta alcuna manovra nell' interno dell' utero; e l' una (34 1870) aveva avuta emorragia lieve durante il secondamento, e grave dopo; l' altra (62 1870) l' aveva avuta lieve tanto prima che dopo. — Altre 10 delle 23 donne in discorso furono in puerperio affette da quei lievi risentimenti dell'utero o suoi annessi, che dalla leggerezza dei sintomi e dalla loro breve durata possono considerarsi come semplici *congestioni* dell' apparecchio generativo, congiunte non di rado a fetore dei lochi, e quasi sempre accompagnate da febbre.

Quanto alla secrezione lattea di queste 23 donne, dirò che in una sola di esse la secrezione fu quasi nulla; che in altre quattro fu d' uopo sospendere l' allattamento per iscarsità di latte; mentre nelle altre 18 la secrezione lattea si compiva in modo soddisfacente.

Avvolgimento del funicolo attorno al feto.

Tralascio di parlare di molti casi nei quali si notava il comunissimo avvolgimento del funicolo attorno al collo del feto senza che derivasse a quest' ultimo alcun danno; e per semplice curiosità dirò che in un caso si trovò il funicolo avvolto alla mano destra, in un altro caso lo si vide avvolto due volte al collo ed una volta attorno al tronco passando sotto un' ascella, e in un terzo avvolto attorno al collo e attorno alle gambe.

Tutti questi vari modi di avvolgimento non hanno d' ordinario nessuna influenza nociva sul feto, ma possono qualche volta, per la brevità relativa del funicolo che fanno nascere, produrre qualche impedimento al parto, cosa che noi non avemmo ad osservare in questo biennio; e solo mi venne talvolta il sospetto che la detta relativa brevità potesse essere stata cagione di qualche alterazione nei moti di rotazione del capo e delle spalle.

Non voglio però lasciare di qui rammentare due casi nei quali il funicolo avvolto al collo sofferse tale compressione fra il tronco e il capo del feto straordinariamente flesso, da indurre in un caso la morte del feto, e nell' altro grave asfissia. Del primo caso ho già tenuto parola (Storia 20), ora dirò in breve del secondo, riferendomi, pei minuti particolari e per le relative considerazioni, alla mia nota nella quale resi di pubblica ragione ambidue questi casi (1).

Storia 38. — Bacino affetto da generale angustia di primo grado; impegno del capo in forte flessione; pericolo del feto; avvolgimento del funicolo al collo, riconosciuto coll' esplorazione; estrazione col forcipe; feto salvo.

La donna 16 1870 primipara, affetta da generale angustia della pelvi con accorciamento di 1° grado della conjugata, e con difetto di concavità nel sacro, è presa dalle doglie quando mancavano ancora circa 20 giorni al termine di sua gravidanza.

Dopo tre giorni e mezzo di parto lento, per la brevità delle contrazioni e pei lunghi intervalli che talora scorrono fra l' una e l' altra doglia, il capo si trova impegnato in forte flessione sicchè l' occipite non dista dal piano inferiore della pelvi che due dita trasverse; l' orifizio non è più grande di una lira, il sacco è ancora intatto; si sente la piccola fontanella che guarda a destra ed in avanti, la grande non si raggiunge. — La donna è tediata dal lungo parto e soprattutto da forte indolimento alle reni, ed ha grande difficoltà ad emettere le urine; sciringandola si estraggono più di 1000 grammi di

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna 1872. Serie 5. Vol. 13, pag. 305.

urina. Il Sig. Primario visitandola la mattina trova che debbonsi pel momento lasciar le cose procedere naturalmente, che non vi è d' uopo che sostenere le forze con frequenti brodi; e forse che più tardi si potrà concederle un bagno generale.

Il bagno fattole nel mezzogiorno le reca sollievo; le doglie s' ingagliardiscono, e alle 2 1[2 pom. scoppiano le membrane. Poco dopo l' esploro, e trovo l' orifizio dilatato quasi come una moneta da 5 lire, e la donna tratto tratto in preda a premiti dolorosissimi, durante i quali la testa fa impeto contro l' ano. Il cuore del feto è un po' rallentato, ma regolare del resto.

Sembrandomi il parto imminente, lascio la levatrice al letto della partoriente, e faccio in fretta la visita pomeridiana. In un' ora sono a lei di nuovo. La testa non si è avanzata; non ha fatto moto di rotazione; seguitano i premiti, poco energiche sono le contrazioni uterine. Ma il doppio battito si è fatto assai più languido, sicchè reputo necessaria la pronta estrazione del feto, cui tosto amministro il Battesimo. Attesa l' urgenza del caso, non posso fare avvisato il Sig. Primario, ed io stesso mi accingo all' operazione.

A scopo di esplorazione, introduco due e poi quattro dita della mano sinistra, le spingo in alto lungo l' occipite e col loro apice giungo alla nuca del feto attraverso l' orificio dilatato per circa 7 centimetri, e trovo che il funicolo circonda il collo e lo sento pulsare di rado e debolmente. Quattro dita della mano destra condotte alla sinistra del bacino, deprimendo forte il perineo, giungono ad entrare coll' apice nell' utero, ed a sentire il margine anteriore del parietale sinistro. Con ciò io mi era accertato che la testa era realmente in forte flessione, essendo la nuca ed il margine anteriore del parietale sinistro alla medesima altezza, la fronte allo stretto supe-

riore, e la faccia al disopra dell' ingresso. Di più la compressione del funicolo fra la testa e la regione anteriore del collo potevasi per questa esplorazione ritenere quale causa molto probabile del pericolo in che versava il feto. Per il che si rendeva sempre più manifesta la necessità della pronta estrazione allo scopo d' impedire che continuasse a lungo la crescente compressione del funicolo.

Applicato il forcipe alquanto obbliquamente colla curva nuova rivolta a destra ed in avanti, traggo, quanto più posso, direttamente in basso, volgendo a poco a poco l' occipite in avanti, il quale in due o tre alquanto valide trazioni si trova sotto l' angolo del pube. Facendo allora eseguire al capo il necessario arco di cerchio, veggo che il perineo si gonfia e tende assai, e che il margine superiore dell' osculo vaginale assai angusto copre in parte l' occipite e lo segue, onde io, temendo vasta lacerazione del perineo, faccio due incisioni laterali della vulva. La testa allora cede liberamente alla trazione ed il perineo rimane illeso. Con facilità opero l' estrazione del resto del feto. Esso è profondamente asfittico e mostra un giro di funicolo attorno al collo. Fregagioni, percosse, tittilamento della gola hanno per effetto di rianimarlo in pochi minuti. Lo distacco allora dalla placenta e lo porto dinanzi al fuoco, dove in breve vigorosamente vagisce.

L' essere scolate le acque solo due ore prima dell' estrazione del feto e il non essere state in queste due ore le doglie tetaniche esclude la possibilità di una asfissia dipendente da compressione lunga e poderosa della placenta. L' avere potuto il capo avanzarsi con certa prestezza dopo lo scolo delle acque, e le lievi difficoltà che s' incontrarono nella estrazione tolgono di potere spiegare il pericolo del feto mediante compressione forte e prolungata del capo.

Per queste ed altre ragioni che qui ora non istimo utile ripetere, io credo che l' unica causa dell' asfissia del feto fosse anche in questo caso la compressione del funicolo avvolto al collo patita fra la faccia anteriore del collo, e il capo costretto a forte flessione dalla generale angustia del bacino.

Nella citata mia memoria, dopo avere narrati e considerati i due casi in discorso, io ne deduceva alcune pratiche conclusioni che qui reputo conveniente riferire:

« E innanzi tutto, questo fatto clinico mostra una volta di più la grande importanza che ha l'ascoltazione durante il parto, di frequente ripetuta, e massime dopo lo scolo delle acque; e la necessità di rendere in essa familiari anche le levatrici. Poichè in un parto che ha tutte le apparenze di normale, o che tanto poco se ne scosta da sfuggire la lieve alterazione all'occhio della mammana, può lo schiacciamento del funicolo dianzi trattato indurre distocia accidentale pericolosissima al feto; e solo l' ascoltazione è capace di farne avvertita la levatrice. Ond' io non so abbastanza lodare l' uso della nostra Maternità, nella quale l' ascoltazione forma una delle parti principalissime del clinico insegnamento. — In una Maternità non deve scorrere giorno senza che le alunne esercitino le loro orecchie, e le affinino esaminando le donne incinte. E mentre assistono ai parti, i loro maestri, o la levatrice in capo almeno, devono aver cura di far loro notare i mutamenti che il doppio battito subisce, e quando questi mutamenti sieno normali, e quando invece appalesino il pericolo del feto.

« L'Ostetrico poi che ha in sua mano altri mezzi, e più validi, per riconoscere la possibilità del pericolo primachè il feto ne sia colto, deve, a parer mio, metterli in opera. E con ciò intendo parlare della esplorazione fatta con tutta la mano, o con gran parte di essa.

« Gli ostetrici sperimentati non rifuggono da questo genere di esplorazione, sapendo quanto essa giovi a farsi idea esatta delle alterazioni del bacino, e della presentazione del feto e dei suoi rapporti con quello, onde poi trarre utili norme a stabilire se debbasi, e con quali argomenti, venire in aiuto della natura, e lumi per condurre a buon termine l' opera chirurgica. Per la qual cosa le sofferenze alquanto maggiori della donna vengono in tal modo compensate ad usura.

« Ora a me sembrerebbe assai opportuno, nei casi di forte flessione od esagerata estensione del capo, il cercare con siffatta esplorazione di conoscere, se per avventura il funicolo fosse avvolto al collo del feto. E trattandosi di flessione, la mano dovrebbe salire al collo o lungo l' occipite o lungo una delle regioni laterali del capo, e trattandosi invece di estensione, si dovrebbe andar rasente una di quelle ultime regioni, o lungo la gola del feto.

« Se l' avvolgimento del funicolo al collo non esiste, l' ostetrico potrà in molti casi abbandonare con certa sicurezza, anche per qualche ora, la partoriente nelle mani della levatrice, sapendo che o la natura potrà di per se compiere felicemente l' opera sua, o che senza noto pericolo le si deve lasciare condurre il parto a quel punto che è più propizio ad un' operazione più facile e meno pericolosa. — Ma se il funicolo è stabilmente avvolto al collo quando la testa è molta flessa od estesa, l' assistenza continua dell' ostetrico divien necessaria, nella stessa guisa che è necessaria nel prolasso del funicolo; ed ancor più ancora, non potendosi in quel caso rimuovere così di leggeri colla mano o con istrumenti l' accidentale distocia, come la si può sovente nella caduta del cordone.

« Però anche nel caso nostro l' ostetrico non deve forse rimanere ad aspettare che l' asfissia cominci a manifestarsi, per iscongiurarla con pronta estrazione. Egli po-

trà a parer mio prevenirla talvolta, cercando di togliere o diminuire il malo atteggiamento del capo che minaccia portare la compressione del funicolo.

« Certo che nel caso di bacino uniformemente angusto, io non cercherei di togliere la flessione del capo, che tanto agevola il parto attraverso pelvi siffatte; e mi contenterei di stare pronto ad estrarre il feto, si tosto l' ascoltazione lo mostrasse necessario; ma trattandosi di posizione occipito-posteriore, crederei mio debito cercare di produrre la conversione, rotando l' occipite all' innanzi; portando cioè il capo in una posizione il cui meccanismo di espulsione si compie con flessione lieve e di breve durata, seguita da largo moto di estensione. — *Smellie* e *M. Lachapelle* riescirono già più volte in questo cangiamento di posizione; molti ostetrici di poi l' operarono in ogni tempo; e anche fra noi riesciva non ha guari a compierlo il distintissimo nostro collega Dott. *Romei*, con un forcipe retto che il *Rizzoli* fece per questi casi costruire; e che è certo l' istrumento più acconcio qualora la mano non basti (1). — Se adunque la conversione in discorso fu già gran numero di volte tentata, al solo scopo di rendere più facile e meno penoso il parto, perchè non dovrà tentarsi quando si aggiunga pel feto un pericolo che colla detta conversione può essere scongiurato?

« Quanto alle presentazioni della faccia, se il capo è profondamente disceso e il mento è rivollo all' innanzi, la estensione è così poco pronunciata che difficilmente potrebbe più cagionare compressione del funicolo; cosicchè una pronta estrazione del feto non potrebbe essere indicata che per toglierlo sollecitamente dalla asfissia in che

(1) « Vedi il nostro Bullettino delle Scienze Mediche, fasc. di Settem. e Ottob. 1867, pag. 315 ».

fosse caduto durante la discesa. Ma allo stretto superiore sarebbe forse a consigliarsi o di cambiare la presentazione in quella del vertice (1), o di operare il rivolgimento. — Nelle posizioni mento-posteriori non convertite il pericolo di compressione sarebbe assai grave, poichè in questi casi la estensione continua, e sempreppiù si aggrava col discendere del capo; ond' è che la conversione in mento-anteriore, che è già quasi sempre l'unico mezzo di scampo, sarebbe in questa congiuntura a più forte ragione e assai per tempo da tentare ».

——

(1) « Confrontando insieme le due figure 3 e 4, si vede facilmente che la differenza fra la presentazione del vertice e quella della faccia non istà solo nell' atteggiamento del capo, ma sì ancora nell' incurvamento del tronco, che nella prima è all' innanzi, nella seconda all' indietro. Questi due elementi della presentazione della faccia, una volta stabiliti, sono fra loro così intimamente congiunti, che difficilmente si potrà togliere completamente e stabilmente la forte estensione del capo, per condurre il vertice all' ingresso, se ad un tempo non si cangi la forte estensione del tronco, propria della presentazione della faccia, nella flessione del tronco stesso propria della presentazione del vertice. Da questo dipende forse la difficoltà, generalmente conosciuta, di cangiare la presentazione della faccia in quella del vertice, e il pericolo di produrre invece una presentazione della fronte che, tale mantenendosi, potrebbe rendere assai difficile od anche impossibile il parto. — Io sarei perciò d' avviso che nel tentare il cangiamento di presentazione in discorso, alle interne manovre di flessione del capo si dovessero unire maneggi esterni diretti a togliere il peculiare atteggiamento del tronco ».

(Questa mia ultima proposta che io faceva nella mia citata memoria del 1872, ha poi trovato ampio svolgimento in un bel lavoro del Prof. *Fried. Schatz* di Rostock nell' Archiv für Gynaekologie Vol. 5, pag. 306. Berlino 1873; e che ha per titolo *Il cambiamento della presentazione della faccia in quella dell' occipite, con solo esterno maneggio*).

Prolasso del funicolo.

Un solo caso ne osservammo; e questo nella donna sifilitica 8 1870. Trattavasi di feto di sei mesi e di presentazione delle natiche col sacro a destra. Il funicolo si mantenne sempre pulsante; il feto nacque vivo, e morì 12 ore dopo.

Asfissia de' neonati.

Ho già avuto occasione di parlare di questo fatto e avremo a tornarvi sopra, parlando delle operazioni eseguite in questo biennio.

Ora, quanto alla patogenesi, dirò che l' intossicazione da acido carbonico per la compressione del funicolo o per quella della placenta (effetto quest' ultima del parto assai protratto dopo lo scolo delle acque) quell' intossicazione, dico, spiegava in quasi tutti i casi la morte apparente dei neonati; ma che in due casi parve necessario ammettere come sua causa, od almeno come concausa di grande peso, la iperemia dell' encefalo.

Storia 39. — Il primo di questi casi (Donna 2 1869) è quello nel quale il feto nacque asfitico e intensamente cianotico, dopo lo stento di qualche minuto che provarono le spalle ad escire; e presentava poi echimosi alla congiuntiva ed alla cute della faccia e del collo. (Vedi la Storia 21).

In questo caso è facile comprendere come, essendo il tronco e gli arti del grosso feto compressi dall' angustia delle parti, e dalla poderosa forza delle doglie conquassanti, il sangue venisse a raccogliersi in gran copia nel capo e nel collo del feto già esciti dalla vulva, e perciò liberi da quelle pressioni. Aggiungeva poi forse efficacia a questo meccanismo l'avvolgimento del funicolo al collo, che forse impediva ancor più il reflusso del sangue venoso comprimendo le vene, tanto facili a lasciarsi comprimere.

Storia 40. — In un secondo caso il feto della donna 56 1869, dopo uno stentato parto prematuramente provocato, nasceva asfitico, si riaveva imperfettamente, e moriva dopo 9 ore. Alla sezione trovavasi, come prova della patita iperemia cerebrale, un' emorragia interstiziale di ambedue i plessi coroidei, cangiati in due grossi cordoni nero-rossastri.

Quanto al metodo seguito da noi per rianimare i feti asfitici dirò che in genere furono usati i mezzi a tutti ben noti.

Non voglio però lasciare di far menzione di un caso nel quale si fece uso con vantaggio di un altro mezzo forse non adoperato nell' asfissia dei neonati.

Storia 41. — Posizione occipito-posteriore non convertita; estrazione col forcipe; asfissia del neonato; si trae la lingua di questo in fuori per agevolare la respirazione.

Ho già parlato di questo parto nella Storia 19. Ora dirò solo quanto si riferisce all' asfissia.

Il feto femmina assai voluminoso (grammi 3590) estratto col forcipe dopo 23 ore di travaglio si mostra profondamente asfitico. Si usano le brusche fregagioni, le percosse, l' estrazione di muco dalle fauci e il titillamento delle fosse nasali fatto con barba di penna intinta anche leggermente nell'ammoniaca, il qual mezzo promuove lo sternuto, e con esso l' espettorazione di muco dalla laringe. Questi mezzi più volte ripetuti, eccitano i moti respiratori, i quali però si mantengono rari e stertorosi.

Sospetto allora che la lingua, partecipando al generale rilasciamento del corpo, ricada indietro ed occluda in parte la glottide, e penso di trarla innanzi come si usa di fare nelle asfissie da cloroformio; il che eseguisco con un dito uncinando la lingua alla sua base.

Questa manovra si mostra realmente utile; di fatto ogni volta che io la ripeto, la respirazione si fa più libera, cessa di essere stertorosa, e ben tosto fàssi più frequente. Scorso circa un quarto d' ora in queste cure il feto è completamente rianimato.

Io sono convinto che tale mezzo abbia in questo caso contribuito efficacemente a rendere meno lento il ravvivamento completo del neonato; il quale, passati che ebbe venti giorni in ottimo stato di salute, veniva messo a balia fuori dell' Ospizio.

Parto prematuro provocato.

Ho già narrato di un parto provocato oltre il termine di gravidanza (parto serotino provocato); ora dirò dei parti provocati prematuramente.

Nel biennio 1869-70 ne furono provocati 8, dei quali 5 per angustia pelvica, 3 per malattia della donna.

Parti prematuri provocati

Num. progressivo	Numero d' ordine	Bacino	Epoca di gravidanza	Mezzi usati
1	1 1869	Scoliotico rachitico. Pelvi piatta. Conjugata vera di 7, 5 cent.	8	Zaffo vaginale. Iniezioni di *Kohen*, sciringa nell'utero, tampone di *Tarnier*.
2	55 1869	Rachitica piatta e angusta in totalità. Conjugata 8, 2 cent.	8 comp.	Iniezioni vaginali, laminaria, sciringa nell' utero.
3	34 1869	Rachitica piatta. Conjugata 8, 5.	8 1[2	Iniezioni di *Kiwisch*. — Il parto era preparato spontaneamente.
4	42 1870	Pelvi triangolare (rachitica?), il promontorio non si raggiunge.	8 1[2	Docciat. *Kiwisch*. — Rottura del sacco.
5	69 1870	Pelvi rachitica, alquanto piatta, ed angusta nel suo insieme. La conjugata diagonale non si può prendere perchè il capo è impegnato, conjugata esterna 15 centimetri scarsi.	8 1[2	Docciat. vaginale, laminaria, sciringa.

Madri		Feti			Compiuto		Osservazioni
ve	morte	salvi	nati morti	morti poco dopo	spontaneamente	artificialmente	
1		1 gr2140			1		Donna della quale si parla nella Storia 1. — Metrite in puerperio.
1				1 24 ore dopo	1		Lieve endometrite iniziatasi già durante il parto, prosegue nei primi giorni di puerp.; iniez. intrauter.
1		1 gr2395			1		Il feto morì di 44 giorni di meningite.
			1 gr2300		1		Congestione polmonare acutissima durante la seconda docciatura. (V. la Storia 42).
		?		1 dopo 15 dì		1	Forcipe all'escita. — Morto il feto per pioemia da onfalite; entero peritonite, stravaso cerebrale.

Tralascio di entrare nei minuti particolari che meriterebbe questo capitolo, perchè il ch. Sig. Primario è ora inteso a fare speciale oggetto di una sua Memoria questa importantissima e combattuta parte di Ostetricia operatoria (1). Mi sia però concesso dare un cenno del seguente caso al certo rarissimo.

Storia 42. — Lieve grado di pelvi triangolare rachitica; si tenta di provocare il parto colle docciature vaginali. **Congestione ed edema polmonare acutissimo** *insorti durante la seconda docciatura e che conducono la donna all' agonia; un emetico la salva; il feto muore durante questo grave accidente.*

La donna 42 1870 entra nell' Ospizio il 23 Giugno, incinta per la prima volta. È bassa, linfatica e gracile. Dice di avere avuto l' ultima mestruazione il 25 Novembre 1869. Dei moti attivi nulla sa dire, fuorchè li avvertì quando essa credeva di essere incinta di mesi 4 1[2, e ritiene di essere entrata nell' 8°.

La pelvimetria mostra quanto segue.

Pelvimetria esterna		
Fra le due creste iliache	centim.	25
Fra le due sp. ant. super.	»	23
Diametro bitrocanterico	»	29
Conjugata esterna	»	17
Diametro obbliquo destro.	»	19 2
» » sinistro	»	18 8
Diametro trasverso di *Vanhuevel*. .	»	29
Diametri obbliqui di *Vanhuevel* . .	»	15
Diametro trasverso dell' escita . . .	»	11

---

(1) Questa Memoria è stata letta all' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna la mattina del 26 Febbraio 1874.

In questo caso i diametri obbliqui era meglio prenderli secondo il metodo di *Vanhuevel*, cioè dalle eminenze ileopettinee, perchè i grantrocanteri erano spinti tanto indietro, che rimanevano poco lontani dal piano delle due spine posteriori-superiori.

Dalla pelvimetria esterna la pelvi appariva affetta da generale piccolezza, e di più da doppio schiacciamento obbliquo. Solo l' escita mostravasi di ampiezza normale ed anzi alcun poco vantaggiosa, come suol essere nelle pelvi rachitiche.

Operando la esplorazione interna digitale, non si raggiunge il promontorio, ma le pareti cotiloidee si sentono spinte indentro.

Il feto essendo piuttosto piccolo, si reputa necessario provocare il parto nella prima metà del 9° mese.

Il 20 Luglio si dà principio a questa operazione. — Il collo è lungo centim. 1, 5 circa, l' orifizio esterno è strettissimo e a foggia di semplice fossetta; non si sente nessuna parte presentarsi. Alle 11 ant. si fa la prima iniezione vaginale di *Kiwisch*, lunga 6 minuti, la quale non è seguita da alcuna doglia.

Alle 10 della sera si intraprende le seconda docciatura. L' infermiera trova la donna in letto e addormentata; la sveglia, la fa alzare, e la conduce in altra sala, dove io l' attendeva. Ella dice di non avere avuto alcun dolore, di sentirsi bene, e volentieri siede alla sponda di un letto per ricevere la docciatura.

Introduco il dito in vagina e sento il collo e l' orifizio come erano la mattina. Insinuo la cannula della pompa, e conservando il dito in vagina ordino all' infermiera di cominciare la docciatura; l' acqua è di giusta temperatura, sicchè la donna non ne prova alcuna molestia.

Ma erano appena stati fatti tre o quattro moti di pompa, quando la donna dice di sentire come una vam-

pa a tutto il corpo e di venir meno. Si cessa tosto dalla docciatura e la si corica supina in letto. Conserva la coscienza, ha il polso abbastanza ampio, sicchè non pare si tratti che di minaccia di deliquio, ed io non fo' che spruzzarle il viso con acqua fredda mentre l' eccito con iscosse, e l' animo con voce alta a non perdersi di coraggio; ed in vero il suo stato sembra tosto migliorare.

Esamino allora il ventre e trovo l' utero indurito, ma tosto dopo ridiviene molle senza che acqua esca dai genitali; non era adunque che una contrazione uterina. Esploro e trovo l' orifizio sempre nello stesso stato, e solo sforzando vi penetro coll' apice del dito.

Ma frattanto la donna si riaggrava. Mentre si lagna di doglie al ventre, comincia ad agitarsi perchè le sembra non potere omai più respirare; il polso diviene piccolo; sopraggiunge rantolo tracheale, e in breve una frequente e copiosa espettorazione di spuma sanguinolenta che accresce in lei lo spavento. La sua faccia è divenuta cianotica; essa si dimena di qua e di là, e un gemito accompagna i frequenti e brevi moti di respirazione.

Un edema polmonare acutissimo era fuori di ogni dubbio palese. Faccio tosto un salasso dal braccio, ma non escono che 5 o 6 once di sangue poco o niun vantaggio se ne ottiene.

Mando allora tosto a prendere alla prossima farmacia un emetico (dell' ipecacuana in polvere) e invio pel Sig. Primario e pel Sacerdote.

Frattanto faccio fare larga senapizzazione; e siccome la temperatura della donna si viene sempreppiù abbassando, le applico ai lati e ai piedi molte bottiglie di acqua bollente, avvolte in pannolini.

Nè qui mi arresto, poichè crescendo sempreppiù la dispnea, e l' espettorazione della spuma sanguigna, e il generale abbattimento, penso urgente cosa il fare la pun-

tura del sacco delle acque per pur vedere di scaricare il petto determinando iperemia *ex vacuo* nell' addome.

Introduco nel collo uterino l' apice del dito, e dietro esso una sciringa di gomma elastica munita di stiletto, ma non riesco con essa a pungere le membrane, e la ritiro piena nelle sue finestre di muco denso trasparente e tenace.

Prendo allora una penna d' oca, acconciamente temperata, e dilatato forzatamente il collo penetro fino al capo. Il sacco lo ricopre, ma è flacido cosicchè non senza difficoltà riesco a pungerlo. Esce buona copia di acqua; ma ad agevolarne lo scolo in maggior quantità, introduco il dilatatore a due branche che mentre mantiene aperto il collo, spinge in alto il capo. Così scola gran parte delle acque, e la dispnea e il polso migliorano alquanto, ma per breve tempo.

Poco dopo giunge il Sig. Primario. Trova anch' egli la cosa estremamente grave; non crede di dovere pel momento aggiungere nulla alle cose fatte; pensa però che ove la donna entrasse in vera agonia, sarebbe necessario il parto forzato per salvare possibilmente il feto, e a tal uopo si trattiene tutta la notte nell' Ospizio. Frattanto egli approva l' amministrazione dell' emetico e tosto viene data una polvere di 30 centig. di ipecacuana.

Questa non produce alcun effetto, sicchè dopo 20 minuti ne viene amministrata una seconda di 60 centigr. Scorre un' altra mezz' ora senza che l' emesi si produca, e la donna in questo tempo ognor più si aggrava. Al generale abbandono, al viso profondamente cianotico, agli occhi quasi chiusi, al forte rantolo tracheale si crederebbe l' infelice già presso a spirare, se non fosse il quasi incessante sforzarsi di emettere la schiuma che le sale dal petto, che mostrasse in lei non ancora spenta ogni forza. Certo però ogni speranza di poterla salvare erasi da noi

perduta; e non si osava neppure insistere nell' amministrazione dell' emetico, temendo che le forze non fossero in lei bastanti a produrre un' emesi perfetta, e che un rigurgito di liquidi dallo stomaco non avesse da rendere istantanea la morte per soffocazione.

Ma scorsa una mezz' ora in questo stato, la donna è presa a un tratto da impetuosissimo e ripetuto vomito, e insieme a certa copia di alimenti viene espulso il liquido che intasava polmoni e bronchi; la scena quási per incanto si muta; ed ogni pericolo scompare.

Difatti cessato il vomito, la donna si mostra in perfetta conoscenza, tien gli occhi aperti, parla e risponde con certa facilità, la dispnea è poca, il rantolo lievissimo e intermittente. E il suo stato va ognor più e rapidamente migliorando; si dilegua la cianosi, cessa il rantolo e l' espettorazione si fa rarissima. Il calore si rialza e tende anzi ad esagerarsi, sicchè vengono tolte le bottiglie di acqua calda. La donna tende a dormire, ma è tratto tratto svegliata dalle doglie uterine; il doppio battito non si avverte in nessun punto. In questo stato soddisfacente alle 3 ant. abbandono la donna in mano alla levatrice.

Alle 6 ant. il Sig. Primario la visita e trovando ben decisa reazione febbrile le fa tosto generoso salasso.

Alle 9 la reazione è diminuita, la dispnea è lievissima; assai rara la tosse, accompagnata tratto tratto da poco sputo sanguigno; all' ascoltazione sentesi qualche raro rantolo. Le doglie proseguono, ma l' orifizio non si è maggiormente dilatato.

Alle 11 ant. i dolori divengono intensi; a 1 ora e mezzo pom. l' orifizio è completamente dilatato; e alle 2 pom. avviene l' espulsione del feto in seconda posizione del vertice. Poco dopo ha luogo il secondamento promosso da fregagioni sull' utero e da lievi trazioni sul cordone.

Il feto femmina è morto, e negli arti arti inferiori la cuticola facilmente si distacca. Pesa gr. 2300, è lungo 47 centimetri dei quali 25 corrono dal vertice all' ombellico. Il capo mostra tumore siero-sanguigno sull' alto del parietale sinistro, ed ha le seguenti misure.

Diametro	occipito-mentale	centim.	12 7
»	occipito-frontale	»	10
»	biparietale	»	8 5
»	bitemporale	»	7
Periferia	fronto-occipitale.	»	31

Le ossa della volta del cranio sono assai mobili; colla pressione si può ridurre il diametro biparietale di 1 centimetro, il bitemporale di 1[2 centimetro.

Subito dopo il parto, forse per le grida emesse negli ultimi momenti, si rinnova qualche sputo spumoso sanguigno; e per questo, e per essere l' utero alquanto floscio, viene somministrato una polvere di segale.

La sera lo stato è soddisfacente; gli sputi non si sono ripetuti.

Ma la mattina dopo la malata ha febbre e dolore puntorio al costato destro che impedisce molto la respirazione. All' ascoltazione pochi rontoli a piccole e a grosse bolle. Si applicano 4 sanguisughe al luogo dolente; e si amministra mucilaggine con sciroppo di ipecacuana ed acqua coob. di lauro cer. Con questo il dolore in breve cessa.

Il 4° giorno prosegue la febbre e la donna accusa dolore alla regione del legamento largo destro. Unzione di belladonna ed empiastro al luogo dolente. Si ripete la mucilaggine.

Nel pomeriggio lievi brividi per un' ora. Il dolore è diminuito. Si amministrano 10 centigrammi di bisolfato di chinina ogni ora per quattro volte.

Nel 5° giorno prosegue la febbre accompagnata spesso da sudore, il freddo però non si è più ripetuto. Le mammelle cominciano ad essere turgide. Accusa dolore insortole fino dal principio delle notte al fianco destro; dolore continuo che si esacerba coi moti e soprattutto toccando i muscoli della regione, tutto il lato destro del ventre è alquanto dolente. Unzione semplice e compressione alle mammelle. Unzione di olio di giusquiamo ed empiastro al fianco dolente. Purgante. Mucilagine.

Sera. — Scariche alvine. Le sofferenze sono alquanto diminuite.

Nel 6° giorno si nota il turgore alle mammelle in accrescimento; i lochi finora rossi e abbandonati, sono divenuti scarsi e rosei. La febbre è alquanto più accesa, cefalea, dispnea lieve. Salasso di gr. 180. Unzione di belladonna e compressione alle mammelle. Si ripete il resto.

7° Giorno. — Dopo il salasso, diminuiscono colla febbre la cefalea, e la lieve dispnea. Anche il dolore al lato destro dei lombi e del ventre è quasi affatto scomparso.

9° Giorno. — Apiressia, cessazione di ogni altra sofferenza. Da questo giorno la donna entra in convalescenza, la quale non viene intralciata da alcun serio accidente; e un mese dopo il parto la donna esce sana dall' Ospizio il 22 Agosto 1870.

Difficile assai mi sembra la spiegazione di questo interessantissimo caso.

A tutta prima, forse non v' ha chi non pensi all' entrata di aria nelle vene uterine, dopo i funesti casi illustrati da *Barnes* (Obstetr. operations. London 1871, p. 365), da *Lazzati*, da *Tarnier*, da *Salmon* (Relazione fatta all'Acad. de Méd. Luglio 1862), da *Depaul* (Société de chirurgie 1860), da *Blot*, da *Esterle* (Annali univ. di Med. Marzo 1858), e recentemente da *Litzmann* (Archiv für Gynaekologie B. 2, pag. 176).

Ma senza volere assolutamente negare la possibilità di questo fatto, mi permetto di far notare che sempre io ebbi per usanza di non introdurre la cannula in vagina che dopo averne espulsa tutta l' aria e che certo anche in questo caso non mancai di soddisfare a questa previdenza; che l' apice della cannula era a certa distanza dal collo uterino; che questo era ancora chiuso come lo mostrò la difficoltà che ebbi nell' introdurre il dito per rompere le membrane; e che di più era occupato da muco denso, del quale (siccome ho notato) escirono ingombre le finestre del catetere elastico. Aggiungo ancora che non fu notato scolo sanguigno che facilmente sarebbesi avuto se fosse avvenuto il parziale distacco di placenta necessario all' introduzione di aria nelle vene uterine.

Io credo poi che a chiunque riescirà oltremodo difficile lo spiegare con un embolo d' aria, questo fatto che incomincia colle apparenze di incipiente deliquio; che migliora sensibilissimamente colla posizione orizzontale e coi meccanici eccitamenti che soglionsi usare in simili congiunture; che presto si riaggrava e assume tutte le note di una diffusa e gravissima iperemia polmonare; e che a un tratto cessa con un vomito abbondante, sicchè la donna dall' agonia passa ad uno stato di quasi completo benessere.

In alcuni dei casi funesti narrati da vari autori la sezione mostrò fuor di dubbio quale cagione della morte l' embolo d' aria; e di questo genere è quello descritto recentemente da *Litzmann* (luogo cit.); mi sembra però che questo chiarissimo ostetrico vada tropp' oltre quando vuole spiegare coll' ingresso d' aria nelle vene uterine il malessere onde la stessa infelice donna era stata presa durante la docciatura vaginale nella gravidanza antecedente. Durante la terza docciatura di fatto essa era presa da subitaneo deliquio, congiunto a respirazione affan-

nosa, cianosi del viso, raffreddamento della cute, ed estrema piccolezza di polso. Con fatica essa fu richiamata a conoscenza, e trasportata in letto. Provava allora senso di freddo, dolore al capo, frequenti vomiturizioni e nausee, e rimaneva a lungo in uno stato soporoso, interrotto tratto tratto da lamenti per le doglie che ben decise insorgevano. Nulla sapeva poi la donna raccontare degli istanti che precedettero il deliquio, fuorchè avea sentito moti del feto assai vigorosi. Rimanendo le doglie leggere, il terzo giorno si ripetè la docciatura per 20 minuti senza che gli accidenti suddescritti si rinnovassero. Insorsero allora forti le doglie; il feto si presentò pei piedi e fu estratta agevolmente una femmina in preda a morte apparente che in breve si riebbe, ma per ricadere ben presta in forte indebolimento; e la mattina dopo fu trovata morta in letto. Il puerperio decorse senza alcuna alterazione.

E l' autore sembra che inclini a spiegare coll' ingresso dell' aria nelle vene uterine anche tre altri casi occorsigli (op. cit. p. 181) nei quali, durante l'uso della docciatura coll' apparato di *Braun*, insorse d' improvviso forte dispnea, con arrossamento del volto, raffreddamento delle estremità, piccolezza fino a completa cessazione dei polsi, senza però che fossevi smarrimento di conoscenza, accidenti tutti che sembra si dileguassero in breve senza lasciare nessuna incresciosa conseguenza.

Barnes metterebbe forse invece questi fenomeni sotto la categoria dello *shock* (Lectures on obstetric operations. London 1870).

Io per me volentieri mi astengo dal tentar di spiegare il fatto della nostra Maternità; dico solo che io stimo non essere forse stato indifferente per la donna l' essere svegliata, e fatta alzare di letto e l' aver tosto subita la docciatura, mentre era in lei in corso la digestione della

cena fatta un' ora innanzi; e aggiungerò che i pochi getti di acqua furono alquanto impetuosamente lanciati da una infermiera nuova del mestiere.

Comunque sia la cosa, il fatto è, a parer mio, di grande interesse.

I parti prematuri provocati per malattta della donna furono tre. Il primo per catarro cronico dei bronchi resosi acuto; gli altri due per eclampsia.

Storia 43. — Catarro bronchiale cronico fattosi acuto; forte dispnea; si provoca il parto già spontaneamente preparato.

La donna gracile, campagnuola, di circa 35 anni, venne accolta d' urgenza la sera del 20 Febbraio 1869 e fu segnata col N. 12. Aveva forte dispnea e tosse insistente con cianosi e temperatura alquanto aumentata. Durante l' inspirazione le fosse sopra-clavicolari e del jugolo si approfondavano; v' era sonorità in tutto l' ambito polmonare; il rumore vescicolare era debolissimo e in qualche punto mancante e udivansi rantoli a grosse bolle e russi e sibili ovunque. L' escreato era difficile, e consisteva in grossi globi densi di muco-pus senza bolle di aria, con qualche po' di pigmento, e nuotanti in liquido sieroso. Aveva avuti altre due volte simiglianti attacchi negli anni passati, e ora la malattia datava da 15 dì. Era però venuta a Bologna facendo a piedi 20 miglia, esposta a freddo umido. A Bologna le erano stati fatti due salassi. Dai sintomi summentovati si fece diagnosi di catarro bronchiale cronico con bronchiettasia, esacerbatosi per cagioni reumatiche.

Al volume del ventre ed all' anamnesi si poteva giudicare la gravidanza giunta al principio del 9° mese. All' esplorazione sentivasi il capo impegnato alquanto, il collo disfatto, l' orifizio capace del dito indice.

Tratto tratto la donna avvertiva indurimenti dell' utero, sicchè giudicossi il parto già in corso. Ma vedendolo molto lento, nelle 10 pom. si introdusse in vagina il tampone elastico di *Gariel*. Tosto insorsero doglie che vennero crescendo di frequenza, sì che nelle 3 antim. si tolse il tampone; l' orifizio era alquanto più dilatabile. Da quest' ora però le doglie diminuirono, sicchè nelle 11 antim. aggravandosi lo stato della donna e il parto non procedendo, si fece l' introduzione nell' utero di una siringa elastica. Dopo un' ora le doglie divennero vigorose e frequenti, e nelle 3 pom., durante una forte doglia, scolò gran copia di acque, senza però che si rompessero le membrane che ricoprivano il capo. Nelle 4 il senso di freddo che più o meno aveva la donna provato in tutta la giornata, cominciò a farsi assai intenso, e nelle 5 si cangiò in fortissimo brivido con cianosi ognor più intensa del viso fattosi quasi cadaverico. Vino, senapismi e riscaldamento artificiale, tolsero in pochi minuti la donna da questo gravissimo stato. Si continuò però l' uso degli eccitanti.

Nelle 5 1[2 le doglie si fecero assai intense e si cominciò a sentire la borsa delle acque, benchè piccola, formarsi. La donna smaniando si tolse frattanto di posto la sciringa. Nelle 6 il Sig. Primario la rivide, e ruppe la borsa essendo l' orifizio largo più di un pezzo da cinque lire e il capo al piano perineale in 1ª posizione. Alle 6 3[4 essendo le doglie alquanto deboli si amministrarono 30 centigrammi di segale. Dopo un quarto il feto era alla vulva e alle 7 1[4 veniva espulso vivo.

La placenta venne estratta con lievi trazioni accompagnate da forti fregagioni sull' utero.

La donna si trovò tosto sollevata, e diminuirono sensibilmente la dispnea e la cianosi.

Nei primi giorni di puerperio si notò lieve febbre dovuta non tanto alla lieve irritazione uterina insorta, quanto allo stato del petto. La secrezione lattea si fece abbondante già fin dal 3° giorno, ma la donna fu esonerata dall' obbligo di allattare, e senza danno si fece in lei sospendere la secrezione.

Purganti, empiastri al ventre, espettoranti sedativi, le furono cura efficace; e il 30 Marzo essa partiva in istato assai soddisfacente, rimanendole poca tosse, e poco escreato bronchiale mucoso.

Il bambino, appena nato, era lungo 43 centim., e pesava 2400 grammi. Il 13° giorno di vita fu preso da risipola che dall' orecchio si estese al collo e al viso; e sotto grave abbattimento, aumentato fors' anco dalla corizza (forse erisipelatosa) che impediva il poppare, cessò di vivere dopo due giorni di malattia.

Storia 44. — Eclampsia lieve in donna anemica; si provoca il parto all' 8° mese.

La donna 21 1869 era stata già un' altra volta nell' Ospizio a sgravarsi, ed allora era affetta da lue venerea. Questa volta entrava il 31 Marzo 1869, in 6° mese di gravidanza, con granulazioni e catarro cronico dell' utero. Dal 20 al 25 di Aprile ebbe 3 o 4 febbri vespertine precedute da freddo, e troncate col chinino.

Dal 28 Aprile cominciò a soffrire del capo. Da prima era una forte cefalea che l' angustiava, non congiunta a febbre ma a grande abbattimento, a gastricismo, e a forte stittichezza.

Vescica di ghiaccio al capo, calomelano e canfora le moderavano assai la cefalea; ma non potè alzarsi che il 4 Maggio, e non senza esser presa da fastidiosi capogiri. Essendo molto anemica fu impresa la cura marziale.

Il 18 Maggio viene il primo accesso eclampsico. Mangiando è a un tratto presa da deliquio, e sarebbe caduta

se le altre donne non l' avessero sostenuta. Così soporosa rimane in letto per alcune ore.

Io la veggo allora, il polso e la respirazione sono calmi; le scosse non la fanno rinvenire, ma l' aceto datole a fiutare la riscuote. La respirazione diviene allora affannosa e appaiono moti convulsivi alle labbra ed alle palpebre, seguiti in breve da leggeri scuotimenti degli arti superiori. Dopo pochi secondi succede la calma e il ritorno della coscienza. Il polso durante l'accesso si è mantenuto sempre calmo. Ritornata in se, nulla rammenta dell' accaduto, e mangia il resto del desinare.

Scorso un quarto d' ora, ritorna soporosa; è però facile ridestarnela. Alle 7 pom. nuovo accesso più lieve, preceduto da sopore.

Poco dopo, la visita il Sig. Primario. Prosegue la tendenza al sopore, ma tratto tratto la donna si lagna di dolori addominali, durante i quali si sente colla mano l'utero indurirsi. Il collo è quasi disfatto e molle, l' orifizio capace del dito e dilatabile. È prescritto canfora e chinina, d'ognuna 10 centigrammi, il che le viene dato alle 8. Se ritornassero gli accessi, si stabilisce di usare l' inalazione di cloroformio.

Alle 11 pom. viene il 3° accesso. *Non vi è albume nelle urine.*

Maggio 19. — Alle ore 1 1[2 ant. 4° accesso lieve nel quale sono compresi gli arti inferiori. Si dà la seconda polvere di chinino a canfora. Alle 4, alle 9 1[4, alle 10 1[2, alle 3 e alle 5 1[4 pom. si ripete l'accesso, troncato però sempre nel suo esordire col cloroformio. Gli accessi cominciano, essendo la donna lievemente soporosa, ma per poco che continuino, essa perde affatto la coscienza.

Frattanto, a favorire il travaglio del parto, il Sig. Primario ordinava le docciature vaginali. La prima era eseguita alle 9 3[4 ant., la seconda alle 3 pom., la terza si

eseguisce alle 9 pom. Durante questa insorgono due forti doglie. Alle 10 pom. 10° accesso.

Maggio 20. — All' ora 1 antim. 11° accesso. Questi due ultimi però sono lievissimi e cessano col semplice spruzzare acqua sul viso. Alle 11 antim. 4ª docciatura. La giornata passa tranquilla e da ciò sperandosi che la tranquillità di regolare gravidanza fosse per ristabilirsi vengono sospese le docciature.

Ma alle 7 pom. la donna suona il campanello, accorrono le infermiere e la trovano in profondo sopore. Chiamato io la rianimo con ispruzzatura d' acqua fredda e aceto, e subito dal coma passa a convulsioni degli arti. Uso tosto il cloroformio, ma facendosi i polsi ancor più piccoli e rari, la respirazione interrompendosi, e la temperatura abbassandosi, cesso dal cloroformio, riprendo a spruzzarla con acqua e aceto, e tostochè può inghiottire, le dò vino e sciroppo d' alchermes. Con ciò completamente rinviene, rimane però abbattuta.

Il Sig. Primario giunge poco dopo, e pensa ben fatto provvedere a parto sollecito, e si stabilisce che se mai fossero per cessare le doglie che frattanto erano riapparse, si introduca sciringa elastica nell' utero. E benchè nel momento non siavi imminente pericolo, si stima prudente farle amministrare i conforti di religione.

Maggio 21. — All' 1 1[2 antim. essendo le doglie quasi affatto cessate e l' orifizio sempre solo capace di un dito, e il collo non ancora disfatto, si introduce la siringa elastica, che non entra però nell' utero che per quattro centimetri. Quasi tosto incominciano le doglie a farsi frequenti e alquanto energiche, e dopo un quarto d' ora comincia lieve stillicidio di acqua dalla vagina, che si ripete poi tratto tratto durante le doglie.

Alle 10 antim. essendo i dolori da qualche tempo cessati, si esplora la donna, e si trova la sciringa ancora in

posto, il collo disfatto, l' orifizio dilatato come una moneta da 5 lire. Si toglie la sciringa, ed altra se ne introduce per circa 10 centimetri. Dopo un quarto d' ora incominciano doglie vigorose. Alle 3 1[2 l' orifizio è alquanto più aperto, i suoi margini cedevolissimi, sentesi il capo alquanto impegnato, e coperto dal sacco delle acque, floscio e quasi vuoto. Alle 9 1[2 si toglie la sciringa, l' orifizio è ancor più dilatato. Alle 3 1[4 antim. del 22 Maggio avviene l' espulsione di una femmina, piccola, ma ben nutrita e che sopravvive.

La sera stessa del parto ha lieve febbre e dolore al ventre, sicchè le viene applicato un cataplasma.

Il giorno dopo il dolore le è quasi scomparso, e sta bene del resto; solo a tarda sera viene presa da brivido, seguito da senso di generale calore. La mattina appresso però tutto è ritornato in calma, e notasi discreta copia di latte nelle mammelle.

In 19ª giornata di puerperio le si prescrive decotto di china contro la generale debolezza.

In 22ª giornata si mostra flegmasia alba dolens alla coscia e gamba sinistra che viene trattata con energico metodo antiflogistico (per quanto lo permettono le forze della malata) congiunto all'uso del chinino contro gli accessi di esacerbazione febbrile, che più volte si ripetono preceduti da brividi.

In 32ª giornata la donna entrava in piena convalescenza, e il dì 4 Luglio, 44 giorni dopo il parto, passava nutrice al baliatico degli Esposti nella sala dei bambini malati. — Dopo 16 giorni però veniva esonerata dall'allattamento e partiva dall' Ospizio il 29 Luglio.

Storia 45. — Eclampsia in donna incinta che si continua durante e dopo il parto prematuramente provocato. Nel puerperio, dopo essersi associata a svariati fenomeni nervosi, termina con mania. Guarigione.

La stessa donna che è l' oggetto della precedente storia, ritornava il 26 Luglio l' anno appresso 1870 nell' Ospizio, e veniva distinta col numero 51. Era gravida di 6 mesi, sempre affetta da cronica anemia, da lenta leucorrea vagino-uterina e da erosione del muso di tinca; malattie che traevano certo origine dalla vita dissoluta che da lunghi anni essa menava in mezzo a squallida miseria.

Fin verso la fine di Agosto essa prende parte al servizio delle altre ricoverate e soprattutto dei bambini infermi. Il suo carattere è taciturno, ma tratto tratto essa trascorre in quasi smodata allegrezza.

Il 31 Agosto è presa nella notte da emoptoe non lieve. La mattina si mostra assai avvilita, con polso debole, ma di normale frequenza. Non ha tosse, ma senso di bruciore allo sterno. Avverte i moti attivi. Le viene prescritto assoluto riposo, del ghiaccio per bocca, delle polverine di allume, ed un senapismo alla regione dello sterno.

Nelle 8 della sera e nella notte seguente si ripete lieve emoptoe. Si prosegue nella medesima cura.

2 Settembre. — A un'ora del mattino la donna è presa da convulsione lieve, ma che dura 7 od 8 minuti, senza che la donna perda la coscienza. Alle 3 antim. ricominciano accessi che vanno ripetendosi a brevi intervalli. Il viso è acceso, la fronte calda, il resto del corpo tende invece al raffreddamento, il polso è debole e talora alquanto frequente. Si riscalda artificialmente, e si senapizza, il tronco e gli arti. Si fanno bagnuoli freddi al capo e si applicano alcune sanguisughe alle regioni mastoidee.

Ma col suggere delle sanguisughe indebolendosi maggiormente il polso, si distaccano, e si chiudono tosto i fori. Si prosegue cogli altri mezzi; e il generale si rialza.

A un' ora pom. ripetesi qualche accesso, e viene tosto dato un grammo di cloralio che induce lunga calma.

Nelle 8 pom. ritornano gli accessi nel modo sopra descritto, e la stessa dose di cloralio è amministrata.

3 Settembre. — Alle 3 ant. nuovo accesso. Si è ricusata e si ricusa tuttavia di riprendere il cloralio che la disgusta. Dalle 8 alle 10 del mattino si mostra una serie quasi non interrotta di accessi. Riprende allora un grammo di cloralio e fino alle 10 3[4 vengono solo tre accessi. Durante questi la donna perde sempre la coscienza il polso d' ordinario si fa di poco più frequente. Cessati gli accessi in breve acquista la coscienza, il viso rimane però assai acceso.

Per questo le viene fatto un salasso, piccolo però, atteso lo stato generale di anemia.

Dopo il salasso non si rinnova l' eclampsia che alle 3 1[2. A un tratto è presa da convulsioni; più generale è l' accesso. La donna si volge or a destra or a sinistra e si raggomittola dell' intera persona, le scosse invece sono lievi; il polso si fa più frequente; il viso acceso.

Questo accesso si ripete tre volte in un quarto d' ora, a brevi intervalli, lunghi però abbastanza perchè la donna dopo breve sopore riacquisti ogni volta la coscienza.

Appena rinvenuta dal terzo accesso la si induce, non senza fatica, a trangugiare tre grammi di cloralio sciolto.

Dopo pochi istanti essa si pone seduta sul letto completamente *compos sui*, beve una bella tazza di brodo, e fino alle 7 1[4 rimane libera da eclampsia.

Non si è dato fin da principio forte dose di cloralio perchè si volle prima indagare se mai fosse riescito di qualche danno al feto, l' ascoltazione però mostrando ri-

petutamente che il doppio battito non si alterava mentre la donna era già nella calma indotta dal cloralio, si venne aumentando la dose.

Alle 7 1[4 insorge nuovo accesso come il precedente, ma più insistente. La donna non si presta a prendere che 1 grammo di cloralio, che non ispiega nessuna azione. Difatto pochi istanti dopo si ripetono vari accessi ravvicinatissimi. Riavutasi alquanto, si amministrano alle 7 3[4 altri due grammi di cloralio. Dopo pochi istanti insorgono altri due lievi accessi e quindi completa calma per circa un' ora.

La donna si pone seduta, parla, sorride; però comincia tratto tratto a lagnarsi di dolori al bassoventre. Da prima non sono questi accompagnati da indurimento dell' utero, ma nelle 8 1[2 cominciano ad esserlo.

Alle 8 3[4 nuovo attacco, composto di 2 o 3 accessi quasi confusi l' uno coll' altro. Cessati i quali si amministrano altri 3 grammi di cloralio.

Passata mezz' ora, la donna è presa da vomito impetuoso e ripetuto, misto a penosi conati di vomito inani. Dopo l' amministrazione di alcune gocce di soluzione di morfina, cessano il vomito e i conati, e in tutta la notte rimane tranquilla.

4 Settembre. — Nella notte le doglie si sono sospese, e l' esplorazione mostra l' orifizio capace solo di un dito, come era la sera innanzi, dopo un' ora di doglie. Ha avuto una scarica alvina.

Nelle 6 ant. ritorna un parossismo di 2 o 3 forti accessi; e alle 10 si ripete.

Dopo questo, non volendo ritornare all' uso del cloralio per timore del vomito, si fa un' *iniezione ipodermica* di mezzo centigrammo di morfina, e continuando la mancanza delle doglie, si applica in vagina la vescica elastica piena d' acqua.

Alle 4 pom. non essendosi per anco risvegliato alcun dolore, si aumenta l'acqua della vescica. Dopo pochi istanti insorgono due accessi; alle 7 1[2 altri due lievi, durante i quali sentesi l' utero contratto. Allora il Sig. Primario, ad eccitare un deciso travaglio, ordina si facciá una docciatura vaginale.

La 1ª *docciatura vaginale* si fa alle 9 pom. e per 6 minuti, durante i quali molte contrazioni uterine si succedono. Dopo ciò s' introduce di nuovo la vescica elastica in vagina.

Alle 10 1[4 la riveggo. Le doglie si sono sospese poco dopo la docciatura; il doppio battito è frequente.

Alle 10 3[4 nuovo accesso assai forte, cessato il quale, si fa a grande stento, per la contrarietà della malata, la 2ª *iniezione ipodermica* di morfina. Dopo un minuto secondo insorge nuovo accesso forte, ma poi si fa calma perfetta per tutta la notte.

5 Settembre. — Alle 6 ant. essendo insorti due accessi, si fa la terza *iniezione ipodermica*; e succede nuova calma per più di sei ore, quantunque più energici mezzi si ponessero in opera per eccitare le doglie.

Difatti alle 10 1[2, mancando ogni doglia da più di dodici ore, si decide di ricorrere al metodo di *Tarnier*. Si introduce nell' utero un tamponcino elastico di *Chassaigny* gonfiandolo con acqua alla grossezza di 6 centimetri di diametro; e per impedire che esso esca col dilatarsi dell' orifizio, si riapplica il tampone vaginale.

Alle 12 3[4 insorge nuovo accesso che si ripete dopo circa quattro minuti, e sembra sia stato eccitato da contrazione uterina; poichè, mentre prima di esso non si era mostrato ancora doglia alcuna, palpando l' utero, durante il prodromo dell' accesso, lo si sente indurito. Si fa allora la 4ª *iniezione ipodermica*.

A un' ora e un quarto pom. cominciano le doglie, che alle 3 si fanno frequentissime e quasi incessanti, con grande incomodo della donna. Si toglie allora la vescica vaginale. La vescichetta intrauterina sentesi attraverso l'orifizio ampio come due lire, e si nota che essa allunga il collo mettendolo in forte tensione. Tolta la vescica vaginale, diminuiscono le doglie; ma fra breve riprendono colla stessa frequenza.

Alle 3 3[4 comincia qualche premito, eccitato dal tamponcino che tocca già il fondo del bacino, e che sporge dall' orifizio assai teso, e dilatato come una moneta da 5 lire.

Alle 4 pom. il tamponcino viene espulso dai genitali; l' orifizio è largamente aperto, il collo disfatto, e sentesi il capo al disopra dell' ingresso, in presentazione del vertice. Alle 6 pom. regolare espulsione del feto e, dopo mezz' ora, della placenta.

Il feto è maschio, vivo, ma assai debole; pesa grammi 1700; ed eccone le misure.

Lunghezza totale.	centim.	44
Dal vertice all' ombelico	»	23
Diametro occipito-mentale	»	11
» occipito-frontale	»	9 1[2
» biparietale	»	8

La notte dopo il parto scorre tranquilla; ma la mattina appresso (6 Settembre, 2° giorno di puerperio) alle 8 ant. insorge nuovo accesso, seguito fra cinque minuti da un secondo. Questi accessi sono lievi, e dopo essi la donna si mostra tranquilla; la temperatura ed il polso sono normali; l' utero è poco contratto, i lochi pallidi e scarsi. Le si amministrano perciò a breve intervallo due polveri di 20 centigr. di segale, e si prescrive acetato di morfina

centigr. 5, divisi in 15 parti, delle quali la prima è data alle 10 ant.

Alle 5 pom. nuovo parossismo di due accessi. Le si danno tosto due polveri di morfina. Un' altra le viene amministrata alle 10 pom.

7 Settembre, 3° di puerperio. — Polso e temperatura regolare, lochi scarsi, stittichezza d' alvo; si lagna di indolimenti alle ossa. Alle 9 3[4 ant. un accesso eclamtico; e subito dopo le viene fatta iniezione ipodermica di morfina.

Alle 3 pom. continuando la stittichezza, e lagnandosi molto la donna dell' indolimento alla colonna vertebrale, le si prescrivono 40 grammi di olio di ricino e un unzione di giusquiamo lungo la colonna. Poco dopo avviene un' abbondante scarica alvina. La sera e la notte passano senza nuovi accessi.

8 Settembre, 4° di puerperio. — Nuova scarica alvina questa mane. Secrezione lattea abbondante. Unzione di olio d' olivo, e compressione alle mammelle.

Alle 7 pom. nuovo accesso. Si dà tosto 1 centigr. di acetato di morfina. Scorsi due minuti dal primo, insorge un secondo accesso.

9 Settembre, 5° di puerperio. — Alle 9 1[2 ant. due accessi quasi confusi l'uno coll'altro; nel primo si mostra per la prima volta della spuma alla bocca. Passati gli accessi, la donna accusa dolore al capo. Si dà tosto 1 centigr. di morfina, e si fa un clistere con 30 centigr. di tartaro emetico.

Il puerperio scorre nel resto normale.

10 Settembre, 6° di puerperio. — La mattina dice di sentirsi più bene del solito. Ma alle 2 insorgono due accessi ravvicinatissimi, con ispuma alquanto sanguigna alla bocca, che lasciano dolore al capo e la mente ottusa per qualche tempo. Si fa tosto una delle solite iniezioni ipo-

dermiche di morfina; si applicano senapismi al petto e vescica di ghiaccio al capo, la quale però non è tollerata che per pochi minuti. Di più, a prevenire gli accessi che da qualche giorno avevano assunto un intermittenza regolare, manifestandosi dal lato della mattina, si prescrivono polveri di 15 centigr. di bisolfato di chinina. Alle 8 1[4 aveva già preso due di queste polveri, quando è assalita da 3 accessi a brevissimi intervalli. Dopo il primo si fa injezione ipodermica. Gli accessi accompagnati da spuma alla bocca e costituiti dai soliti generali convellimenti, lasciano accensione al viso, forte dolore al capo, e tendenza al sonno. Dopo avere a lungo sonnecchiato, il dolore al capo diminuisce di assai. Frattanto si è proseguito nell' amministrazione del chinino, essendosi prescritto di darne altre cinque polveri, ad intervalli di tre o quattro ore.

11 Settembre, 7° di puerperio. — Alle 6 ant. due accessi eclamptici. Alle 9 1[2 altri due. Dopo questi scorrono 5 o 6 minuti prima che la donna ricuperi la coscienza e allora si lagna e piange pel male al dorso, che deriva forse dai forti convellimenti generali. Ogni movimento anche lieve vi produce forte dolore. Si fa unzione al dorso con olio di giusquiamo, e si ripete la prescrizione del chinino. Alle 3 1[2, continuando queste sofferenze, le si fa bagno generale tepido di 25 minuti; che reca sensibile calma generale, e diminuzione del dolore dorsale.

12 Settembre, 8° di puerperio. — Ad un' ora ant. un accesso di circa un minuto, senza spuma alla bocca; dopo il quale ritorna subito la conoscenza. Si ripete il chinino, il clistere di tartaro emetico. Alle 10 1[2 ant. nuovo accesso. Alle 8 1[4 pom. bagno generale. Il resto della sera e la notte passano tranquille.

13 Settembre, 9° di puerperio. — Alle 11 3[4 ant. si fa bagno generale di mezz' ora e della temperatura di 33

1[2 del centigr. Dopo circa mezz'ora, insorge convulsione con ispuma alla bocca, e che dura quasi senza interruzione per un quarto d' ora. Dopo 8 minuti di pausa, mentre non è ancora rinvenuta dal coma, un' altro accesso l' assale che dura per un minuto. Questi accessi sono costituiti dai soliti convellimenti; si sono però aggiunte queta volta delle scosse alle braccia. Rimane soporosa per qualche minuto con viso acceso, e con polsi assai piccoli.

Si fanno tosto bagnuoli freddi al capo, e atteso lo stato di generale abbattimento, si sceglie come calmante il laudano dato in clistere alla dose di 15 gocce. Si sospende il chinino.

Dopo 3 ore (alle 3 1[2 pom.) la riveggo e trovo cessata l' accensione del viso, i polsi alquanto rialzati e tendenza al sonno. Alle 4 pom. nuovo clistere con 10 gocce di laudano. Alle 5 pom. due accessi quasi confusi in un solo che dura per 10 minuti. Alle 7 pom. nuovo clistere con altre 10 gocce di laudano; si dà ancora qualche poco di vino perchè la donna è abbattuta. Alle 7 1[2 nuovo accesso di circa 6 minuti, senza spuma alla bocca, e con iscosse alle braccia.

Alle 9 1[2 pom. trovo l' inferma assai abbattuta, con polso assai piccolo, respirazione assai frequente e breve. Scoprendola si nota che la respirazione, è esclusivamente toracica, che l' addome è appianato, e che durante l' inspirazione l' epigastrio s' infossa, onde è manifesto una paralisi del diaframma. Invitata a respirare profondamente dice di non poterlo fare.

Pensando che si tratti di certo grado di edema alle meningi cervicali, dal quale derivassero e le scosse alle braccia notate negli ultimi giorni, e la paresi del frenico ora insorta, si applica un largo vescicante canforato alla nuca e alla parte superiore del dorso. Si amministra in pari tempo una mistura cordiale.

Il vescicante comincia tosto a cagionare dolore urente; e alle 10 3[4 la donna è alquanto rinvenuta dal generale abbattimento; l' avvallamento epigastrico è quasi nullo durante l' inspirazione. Si prescrive di continuare coll' uso del cordiale e di amministrare brodi con rosso d' uovo.

14 Settembre, 10° di puerperio. — La notte scorse priva di accessi; il sonno venne di frequente interrotto dal dolore del vescicante. Il generale è sempreppiù rialzato. Durante l' inspirazione s' intumidisce alquanto l'epigastrio. Si medica il vescicante che ha sollevato bella vescica.

Ore 4 pom. — Prosegue in meglio. La respirazione è al tutta regolare.

15 Settembre (11° di puerperio). — La prima metà della notte è scorsa tranquilla. A mezzanotte però ha ricominciato l' affanno che dura tutt' ora, e sono di nuovo in campo tutti i sintomi di paresi del diaframma. — Si prescrivono senapizzazioni alla base del torace per eccitare perifericamente il nervo frenico — Dopo la senapizzazione la donna rimane per un'ora priva di affanno, che poi ricomincia come prima.

Alle 3 1[2 la riveggo; è in preda a forte dispnea, congiunta ad un lamento che accompagna quasi ogni espirazione, è accesa in volto e calda in fronte, ha il polso piccolo e raro (circa 60 pulsazioni), e la temperatura sotto l' ascella è di 37 1[2. — Accusa secchezza alle fauci, onde chiede spesso da bere. Mentre io sono al suo letto, le cresce in breve di assai l' affanno, per la paralisi completa del diaframma; il polso si fa sempre più raro, e debolissimo, fino ad essere quasi impercettibile. Faccio riapplicare senapismi alla base del torace, e ne applico ai lati del collo per eccitare il plesso cervicale e con esso i nervi frenici, e amministro di frequente gocce di li-

quore ammoniaco anisato. Con questo si ottiene a poco a poco di far cessare l' imminente pericolo di vita. I polsi si rialzano e fanno meno rari, e la respirazione si fa meno frequente. Però tratto tratto insorge una momentanea totale sospensione di essa, durante la quale, la donna sta immobile, con occhi aperti e fissi verso un lato e alquanto in alto, e non dà mostra di udire o sentire più nulla. — Forti fregagioni sul petto e lungo il collo fanno cessare questi accessi che terminano con un profondo sospiro; e ricomincia il lamento espiratorio.

Alle 9 pom. si trova la donna nel medesimo stato, ma accusa di giunta disfagia col senso continuo di un boccone alla gola. Si ordina un clistere con assafetida e canfora, dà ripetersi nella notte. Si prosegue nell' uso dei senapismi e del cordiale.

16 Settembre (12° di puerperio). — Le cose proseguono presso a poco lo stesso. All' ascoltazione ed alla percussione del petto nulla si trova di anormale fuorchè l'innalzamento paretico del diaframma. Si prescrivono pillole di assafetida. Nella giornata sembra alquanto migliorare, e la notte corre abbastanza tranquilla.

17 Settembre, 13° di puerperio. — Dice di sentirsi meglio; e la respirazione è meno alterata. — Nella sera comincia ad avere qualche sputo sanguigno, come ebbe prima che si iniziasse l' eclampsia; non ha che di rado qualche lievissimo colpo di tosse, accusa però dolore urente al petto. L' ascoltazione e la percussione danno risultamenti eguali a quelli notati ieri.

I senapismi recano giovamento momentaneo e si prescrive di ripeterli spesso.

18 Settembre, 14° di puerperio. — Nelle 3 antim. è presa da forte accesso di dispnea, tratto tratto interrotto da sospensione del respiro, accompagnato da qualche poco di spuma sanguinolenta alla bocca. Le infermiere fan-

no larga senapizzazione e danno cordiale con qualche miglioramento; ma fra breve ripetendosi la cosa, io vengo chiamato.

L' accesso si ripete in mia presenza, e noto un polso piccolissimo e raro, e assai bassa la generale temperatura. Sicchè oltre al ripetere le cose già fatte, ed oltre all'artificiale riscaldamento, penso ricorrere ad eccitanti ed a nervini più forti, usando anche il Castoreo che il Sig. Primario desiderava fosse sperimentato, in caso di nuovo aggravamento dei sintomi nervosi. Prescrivo quindi la seguente mistura:

P. Tintura di castoreo
Tintura di Valeriana ammoniacale *aā* gr. 1
Acqua zuccherata gr. 90

Il riscaldamento e gli altri eccitanti fanno in breve cessare lo stato assai grave.

La mattina troviamo la donna sollevata assai; il vescicante prosegue a fruttare; essa però ricusa di prendere più oltre la mistura prescrittale nella notte; sicchè le vengono invece date le seguenti pillole:

Castoreo polv. centig. 30
Polvere di valeriana gr. 1 1[2
Ossido di zinco gr. 1
Estratto di valeriana q. b.
Dividi in pill. eg. N. 6
(una ogni 4 ore)

La sera prosegue il miglioramento; però la respirazione mostra anche alquanto esistere la paresi diaframmatica. Vi ha dolore superficiale, e nevralgico all' ipocondrio sinistro. Unzione di giusquiamo ed empiastro al luogo dolente. Si proseguono le pillole come sopra.

19 Settembre, 15° di puerperio. — Il dolore è cessato. Scarica alvina. La donna è assai sollevata anche di spirito. — Sera. Qualche doloretto colico intestinale. Si applica cataplasma al ventre, e si diradano le pillole.

20 Settembre, 16° di puerperio. — La donna dice di star bene. Il vescicante è quasi asciutto. Si prescrive una delle pillole nervine ogni sei ore.

21 Settembre, 17° di puerperio. — Prosegue il miglioramento. Però durante l' inspirazione si nota ancora un lieve avvallamento all' epigastrio. La malata dice di non potere respirare profondamente; e sforzandosi, dietro invito, di farlo, vedesi l' epigastrio fortemente avvallarsi. A sua istanza le si concede un poco di pollo lessato con un po' di vino anacquato, e le si permette di alzarsi per ricomporle il letto. Appena alzata, è presa da deliquio; e rimane piuttosto abbattuta. Ieri ed oggi scarica molle.

Dal 22 al 25 Settembre (18-21 di puerperio) viene in scena un nuovo accidente; una forte irritazione intestinale prodotta da forte ammasso di feci indurite. Olio di ricino e pillole purgative vengono rigettate, clisteri a nulla giovano, perchè non raggiungono le feci indurite; finalmente il calomelano produce il giorno 25 l' espulsione di molte sibale. Ma frattanto l' irritazione intestinale che non cede a bagno generale, e ai calmanti sia topici che presi per bocca, sale ad alto grado, e vi aggiunge la febbre sicchè si stima necessario combatterla con sanguisughe e per fino con un piccolo salasso.

Tolta la causa irritante, proseguiva tuttavia per qualche giorno ancora il dolore all' ipogastrio e massime a sinistra; ed anzi il giorno 28, esacerbandosi assai questo dolore, sì da indurre la donna a forti lamenti, si applicavano altre quattro sanguisughe, che toglievano quasi per incanto i dolori spontanei.

Il giorno dopo cessava anche il dolore eccitato dalla pressione; e la lingua riappariva pulita ed umida.

Il 1° Ottobre le si concedeva di nuovo un po' di carne, e di vino anacquato.

Il 2 Ottobre, 28° di puerperio, nelle 2 antim. comincia uno scolo sanguigno dai genitali che nelle 8 acquista l'intensità di vera metrorragia, e il sangue ne esce in parte aggrumato. Però solo nel pomeriggio la donna s'induce a palesarcelo, e allora le viene prescritta una polvere di 20 centigr. di segale da ripetersi di ora in ora. — La sera, proseguendo la cosa, si aggiungono bagnuoli freddi al ventre, che però non sono tollerati che per poco. — La mattina appresso li tollera, e l' emorragia cessa. L' indebolimento da essa prodotto non è grave.

Il 4 Ottobre lo scolo sanguigno riappare ma lieve; cessa il giorno dopo, per riapparire il giorno 6.

In questo giorno (32° di puerperio) alle 5 pom. la donna è presa da un forte accesso di eclampsia con convulsioni toniche e cloniche, che durano circa 10 minuti. Cessato l' accesso, ritorna tosto la coscienza perfetta. La malata ci narra che nel giorno aveva avuto capogiri.

Si prescrivono tosto le seguenti pillole, da prenderne una ogni tre ore.

Castoreo e ossido di zinco *aā* centig. 10
Valeriana polv. centig. 15
Estratto di valeriana q. b.
Dà pillole simili N. 6

7 Ottobre. — L' accesso non si è più ripetuto; rari sono i capogiri, i polsi sono piccoli e rari. Si prosegue l' uso delle pillole.

La sera insorgono due forti accessi a pochi minuti di intervallo. I polsi essendo molto piccoli, si prescrive una mistura cordiale con qualche goccia di liquore anodino dell' Hoffmann.

8 Ottobre. — Nessun accesso; qualche capogiro; stato di abbattimento e di tal quale stupore. — Vescicante alla nuca.

Pochi minuti dopo, insorge un accesso forte e lungo circa un quarto d' ora. Non si ripete però, e cessano anche i capogiri. Si ripetono sempre le pillole nervine.

Questo stato di miglioramento continua, durante la stessa cura, fino al giorno 19 di Ottobre; se si eccettui un po' di aumento di debolezza, e un po' di sonnolenza insorta il giorno 15, e cessata coll' uso del solito cordiale.

17 Ottobre (40° dal parto). — Le infermiere si accorgono che la donna durante il sonno ha scosse quasi continue alle braccia. Durante poi la visita medica del mattino, mentr' essa diceva di star bene e chiedeva sorridendo di alzarsi, a un tratto esclama: oh Dio! e viene presa da forte accesso convulsivo.

Vedendo che le convulsioni tendono a farsi cosa abituale in lei e a tramutarsi quindi come in una epilessia, nè potendo farci un' esatta idea della cagione anatomica, si ricorre come a mezzo empirico sedativo al bromuro di potassio, cominciando da due gramme.

La convulsione si ripete nelle 8 pom. Mentre essa stava seduta sul letto e, per vero di poco buon umore, mangiava la minestra, esclama di nuovo: oh Dio! e una nuova convulsione la prende. Come per solito, le convulsioni sono toniche e cloniche, con prevalenza opistotona, però senza spuma alla bocca. Dopo l' accesso rimane per breve tratto soporosa.

Due ore dopo l' accesso, la trovo assai abbattuta nel morale, e mezzo soporosa. Richiestane, si lagna di dolore alle reni, e forte cefalea, non ha vertigini. Il polso è regolare e non depresso.

18 Ottobre. — La mattina dice di star meglio, e nel pomeriggio assicura di sentirsi bene. Questo ben essere

si mantiene in tutto il giorno 19 e 20. Il bromuro si prosegue sempre, crescendo un grammo ogni 3 giorni.

21 Ottobre (47° dal parto). — Alla visita medica del pomeriggio, accusa dolori all' ipogastrio, che si esacerbano sotto la pressione; l' addome è alquanto tumido. Dice di non aver potuto urinare dalla notte in poi. Si opera la sciringatura, e la malata molto si lamenta durante l' introduzione della sciringa. — Nulla si nota alla vulva.

22 Ottobre. — L' addome è dolente per la distensione della vescica. La vulva e l' uretra sono dolentissime al tocco; non vi si nota sensibile gonfiezza, o rossore, ma un denso intonaco bianco-giallastro di muco-pus. Nello sciringare il becco della sciringa trova un ostacolo in corrispondenza dell' aponeurosi media del perineo, e non lo si supera che con sostenuta pressione. — Lavande frequenti.

Nelle 2 pom. insorge febbre preceduta da brivido; e il brivido si ripete verso sera. L' esplorazione vaginale mostra che nulla esiste di anormale fuorchè la detta irritazione della vulva; e in questo punto solo riesce dolente l' esplorazione stessa. Si opera di nuovo la sciringatura, e si applica cataplasma emolliente ai genitali.

23 Ottobre. — É apiretica; il resto è come ieri. — Fomenti con decozione di malva e papavero; sciringatura.

Nel pomeriggio, dopo breve tratto di sopore e generale tranquillità, si desta esclamando al solito: oh Dio! ma questa volta si desta maniaca. È al massimo irrequieta, vorrebbe sbalzare di letto, spiega a ciò forza grandissima, e vorrebbe mordere chi la trattiene. Si è costretti per questo a metterle la camicia di forza. Sentendosi così legata, dopo inani sforzi, prega che le si sciolga almeno una mano; ma non appena lo ha ottenuto, con abilità e prestezza sorprendente cerca di liberarsi dalle altre legature, e diviene di nuovo irrequieta e imperiosa, sì che di nuovo vien legata.

Attesa l' accensione al viso, e il calore della fronte si applica vescica di ghiaccio al capo, e il giorno appresso alcune sanguisughe ai processi mastoidei. Si fanno ancora lavande ammollienti ai genitali esterni, nei quali cessa l' irritazione e con essa il bisogno di sciringare.

Dopo 3 giorni la calma è quasi ristabilita, e dopo altri 4 o 5 dì la guarigione è completa.

Rimane dopo questa iliade di mali una profonda anemia che viene combattuta con ricostituenti.

19 Novembre (76 giorni dopo il parto) la donna passa nel baliatico ad attendere al servigio dei bambini malati. Nel quale ufficio si mostra essa tanto premurosa e docile, che, scorso qualche tempo, l' Amministrazione la nomina servente.

Con questo si aveva anche in animo di migliorare il morale della donna, tenendola frattanto lontana dalle occasioni di prevaricamento. Ma un giorno, dopo alcuni mesi che essa era servente, escita a passeggio, come si concede per turno a tutte le infermiere, più non ritornava nell' Ospizio, e si dava di nuovo in braccio al vizio e alla miseria.

Dopo altri due anni partoriva a termine e felicemente nella Clinica ostetrica.

Rivolgimenti.

Due ne furono eseguiti; il primo dei quali fu *rivolgimento cefalico esterno,* e di questo ho già parlato nel capitolo della Gravidanza alla storia 8; il secondo fu *podalico interno*, fatto nella donna 59 1869 sul secondo feto gemellare; e già ne tenni parola nella storia 17.

Estrazione manuale pei piedi.

Quattro ne furono eseguite. Due si riferiscono alle *storie 9 e 17;* delle altre due dirò in breve quanto segue.

Storia 46. — Nella donna 53 1869 il feto ottimestre e macero era uscito fino ai lombi, quando la donna è

presa da abbattimento, e presenta così deboli i polsi che si teme di emorragia interna. Si estrae allora il feto, cui tien dietro qualche poco di sangue, e si dà buona dose di segale; si estrae quindi la seconda già discesa in vagina e tutte le cose procedono bene.

Storia 47. — Presentazione dei piedi; minaccia di asfissia del feto; estrazione resa alquanto difficile; vagito prima che la bocca sia fuori della vulva.

La donna 83 1869, robusta giornaliera, incinta di mesi 8 1[2 del secondo figlio, è in soprapparto dalle 4 del mattino quando entra nell' Ospizio. Attraverso l' orifizio si sentono i piedi coi calcagni a destra. A 1 ora pomeridiana l' orifizio è completamente dilatato. Dopo 3[4 d'ora scoppiano le membrane, escono tosto i piedi dalla vulva, e prestamente tengono loro dietro le natiche e i lombi.

A questo punto il parto si arresta per qualche minuto, sicchè, temendo per la vita del feto, si procede all' estrazione, dopo aver data alla donna una polvere di segale (30 centigr.). — Quando il funicolo è fuori, si sente che esso più non pulsa; però, dopo qualche istante, durante le trazioni, si vedono nel feto conati di respirazione. L' estrazione del torace presenta non lieve difficoltà; sicchè, per non affidare tutto alle trazioni sul tronco, mi servo ancne del braccio posteriore che sento flesso, e che uncino al gomito.

Disimpegnate le braccia, ed escito il tronco col dorso in avanti, trovo difficoltà alla pronta estrazione del capo, che ha già fatto il moto di rotazione, e vedendo i suddetti conati di respirazione, mentre alquanto mi riposo dalle trazioni, tengo fortemente depresso il perineo con due dita introdotte fra esso e la faccia, per fare entrare aria fino alla bocca del feto; e di fatto tanto io quanto le levatrici assistenti avvertiamo qualche lieve ma ben distinto suono di vagito.

Giunto a stento a condurre la bocca fuori della vulva, disimpegno il resto del capo agevolmente, spingendo innanzi il vertice con due dita introdotte nel retto.

Il feto esce asfitico al sommo, ma si rià completamente coi soliti mezzi, e dopo 28 giorni parte dall'Ospizio colla propria madre.

Essendo questo bambino di piccolo volume (gramme 2660) la difficoltà dell'estrazione era dovuta all'angustia della vulva, e forse a qualche pò di angustia dello stretto inferiore.

Le difficoltà rarebbero forse state anche maggiori se non si fosse amministrata la segale (1).

---

(1) È questo il metodo che vidi seguito dal Prof. Seyfert. L'illustre Ostetrico di Praga, avendo osservato che nel maggior numero dei parti per le natiche o pei piedi, escito che sia o tutto o in parte il tronco, succede un arresto nell'espulsione del feto, arresto funestissimo alla vita di questo, per la compressione che patisce il funicolo fra il tronco del feto e le parti materne, avendo ciò dico osservato, ne aveva tratto la regola di amministrare una o più dosi di segale dal momento che le natiche mostravansi alla vulva. — Con questo si ottiene il parto spontaneo e regolare, o almeno viene agevolata, per l'ajuto delle contrazioni uterine, la pronta e felice estrazione manuale, quando le circostanze la rendano necessaria. — Nella Clinica di Praga ho visto più volte il fatto clinico confermare la bontà di questa regola generale. — Il Chiarissimo Sig. Primario tanto nell'Ospizio quanto nel suo esercizio privato ebbe a trovarsi molto soddisfatto di questo metodo. Anche io l'ho già varie volte usato con pieno successo, e sono d'avviso che molti bambini potrebbero in tal modo salvarsi, i quali vengono invece estratti cadaveri, o in istato di disperata asfissia dall'Ostetrico cui la levatrice chiama allora soltanto quando essa è fatta ansiosa dall'arrestarsi del parto. — La levatrice dovrebbe, cred'io, chiamare l'Ostetrico tostochè essa siasi accorta della presentazione dell'estremità pelvica, e in ogni modo dovrebbe essere autorizzata e consigliata a dare segale nel parto per le natiche o pei piedi, tostochè le natiche si mostrino alla vulva.

Estrazione manuale nel parto pel capo.

Escito il capo, varie volte vi fu necessità di operare od ajutare l' estrazione del *tronco*, come ha già avuto occasione di raccontare. Ora aggiungerò che nella donna 14 1869 tale estrazione fu operata perchè, espulso spontaneamente il capo, si videro escire acque dell' amnio sporche di meconio. Il feto estratto era robusto, non molto voluminoso, e aveva un giro di funicolo al collo. Esso vagiva prontamente.

La donna era primipara, le acque erano scolate ore 8 3[4 prima dell' espulsione del feto ; il parto era stato lento per debolezza di doglie e per essere il segmento inferiore dell' utero disceso col capo.

Ma anche *il capo* fu talvolta in questa presentazione estratto per opera della sola mano, *servendosi specialmente di due dita introdotte nel retto* — Della donna 88 1869 nella quale si operò questa manovra in una posizione occipito posteriore nonvertita, ne ho parlato, nella *storia 20,* ora dirò di un altro caso.

Storia 48. — Parto lento per debolezza di doglie, e grossezza del feto, estrazione del capo fatta con due dita nel retto.

La donna 39 1870, era robusta ed alta; era primipara e a termine di gestazione.

Solo dopo circa 20 ore di travaglio il capo s' impegna; solo dopo 36 ore il capo è alla vulva, e solo a questo punto l' orifizio è completamente dilatato. Stante la rigidità dei margini dell' orifizio, le sofferenze della donna e il suo stato pletorico, il Sig. Primario ha già fatto praticare un salasso di gram. 300, dopo il quale le sofferenze sono diminuite; ma il parto, come ho detto, ha proseguito ad essere lento.

Un' ora e mezzo dopo che il capo era alla vulva ed aveva già fatto il moto di rotazione interna, essendo le

doglie assai deboli e rare, si dà una polvere di segale di circa 30 centigr. — Poco giovamento se ne ottiene. Non si insiste nell' uso di essa perchè si stima pericolosa pel feto e pel perineo se dovessero insorgere doglie poderose e prolungate.

Durante le doglie, si veggono assai tesi il perineo e i margini della vulva, sicchè si operano due incisioni laterali. Si attende anche un quarto d' ora, e vedendo che l' occipite già sporgente dalla vulva poco o nulla si avanzava, introduco durante la pausa due dita nell' ano, uncino l' orbita e traggola in avanti; uncino allora il mento e lo faccio escire dal lato destro e inferiore della vulva, imprimendo coll' altra mano un moto di rotazione al capo che porta l' occipite a destra. Il feto maschio ben presto piange vigorosamente. Esso è assai grosso, e pesa gramme 4000; Eccone i diametri del capo

Diametro	occipito-mentale	centim.	14
»	» -frontale .	»	12
»	sotto-occip.-frontale .	»	12
»	» » -bregmatico	»	10
»	biparietale	»	9 2
»	bitemporale	»	8 5

Ho voluto riferire anche queste piccole manovre operatorie, per mostrare come anche da esse si possa tanto nel parto pel capo, quanto in quello per le natiche ottenere qualche utile risultamento, non ostante il contrario parere di qualche trattatista.

Forcipe.

Fu applicato 14 volte, ma solo 12 volte fu fatta con esso l' estrazione; poichè, siccome ho già detto, nella donna 88 1869, applicato allo stretto inferiore, non fu possibile articolarlo *(Storia 20)*; e nella donna 22 1870, applicato allo stretto superiore, non si potè con esso ottenere l' intento, e fu d'uopo ricorrere alla cefalotripsia.

Applicazioni di Forcipe

Num. progressivo	Numero d' ordine	Ingresso	Scavazione	Escita	Per pelvi angusta	Per feto grosso	Per doglie deboli	Per asfissia del feto	Esito						Osservazioni
									Madri			Feti			
									Sane	Malate	Morte	Salvi	Morti nel p.	Mor. poco dopo (1)	
1	3 Clin.			1		1			1			1			Posizione occipito-posteriore.
2	25 1869		1			1		1	1			1			
3	51 1869		1			1		1		1			1		
4	85 1869			1				1			1	1			Febbre puerperale. Pleuro-pneumonite.
5	87 1869	1			1					1				1	Quanto al feto vedi Storia 50.
6	13 1870		1		1		1		1			1			Testa trasversale.
7	16 1870	1			1			1	1			1			Compressione del funicolo avvolto al collo.
8	21 1870			1			1		1			1			
9	56 1870	1					1	1		1		1			Febbre da mortificazione della lacerazione. Feto morto di corizza.
10	62 1870			1			1			1		1			Testa obbliqua. Lieve congestione uterina in puerperio.
11	66 1870			1		1	1			1		1			Febbre lieve per lochi fetidi e lieve mortificazione della piccola lacer.
12	69 1870			1	1					1		1			Parto prematuro provocato. Pneumonite.
		3	3	6	4	4	5	5	5	6	1	10	1	1	

NB. Tutte le donne erano primipare.

(1) Morti per lesioni meccaniche patite durante il parto.

Poco ci resta a dire sui casi di applicazione di forcipe avendo già avuto occasione nei precedenti capitoli di far parola abbastanza estesamente di non pochi di essi. Difatto

pel N.°	3 Clin.	vedasi	la storia	19
»	»	25 1869	»	»	22
»	»	51 1869	»	»	23
»	»	16 1870	»	»	38
»	»	21 1870	»	»	30
»	»	62 1870	»	»	29.

Pei Numeri 13, e 69 1870 bastino le cose notate nello specchio delle pelvi auguste e dei parti prematuri provocati.

Storia 49. — Quanto alla donna 85 1869 dirò brevemente che il forcipe fu in essa applicato perchè si videro escire le acque sporche di meconio. Il feto prontamente estratto era cianotico; ma dopo pochi secondi piangeva e cessava le cianosi. — Ciò che riguarda al puerperio lo vedremo parlando delle malattie puerperali.

Storia 50. — *Pelvi angusta alquanto in totalità, e leggermente piatta, capo resistente; forcipe all' ingresso; cefaloematoma sottocutaneo diffuso, che conduce a morte il feto.*

Donna N.° 87 1869. — Dopo 17 ore di penosissimo travaglio, e tre ore dopo lo scolo delle acque, per sollevare la donna, e perchè il feto già cominciava a dar segni di pericolo, si applica il forcipe. La testa è in presentazione del vertice coll' occipite a sinistra e molto flessa, così chè, mentre l' occipite tocca già il piano pelvico, tutta la faccia trovasi ancora al disopra dello stretto superiore. L' applicazione e l' estrazione riescono difficili per l'incuneamento del capo. Il feto femmina viene estratto asfitico al sommo, però in breve coi soliti mezzi si rià, e nella notte stessa comincia a poco a poco a poppare. La voce da prima assai debole, si fa in poche ore abbastanza energica.

Appena nata, si nota tumidezza del cuojo capelluto, che si giudica altro non essere che forte tumore siero sanguigno, effetto del parto stentato; si nota pure lieve esoftalmo destro. La bambina si mostra assai pallida. — Il giorno appresso alla palpebra superiore destra si fa palese un' echimosi la quale rimane fino alla morte; l'esoftalmo invece viene diminuendo e quasi scompare. — Ma il giorno dopo la nascita si vede il gonflore del capo crescere invece di scemare a aggiungersi gonfiore al collo. Questa tumidezza pallida e pastosa altro non è che edema cutaneo. Più tardi però si mostrano qua e là nel luogo di questo edema delle leggere macchie echimotiche giallicce. — L' edema in discorso ci fa sospettare che si tratti di trombosi di qualche vena cutanea principale.

Il terzo giorno il pallore generale è talmente cresciuto che la bambina sembra di cera, scemano le forze, e 58 ore dopo la nascita cessa di vivere. — Convulsioni generali non si sono mostrate, ma solo qualche stiramento or dell' uno, or dell' altro angolo della bocca.

La *sezione cadaverica*, fatta insieme al carissimo amico Dott. *D. Severi*, ora libero Insegnante pareggiato di Anatomia patologica nella Università di Modena, mostra quanto segue: Corpo assai pallido, ben nutrito. Un' echimosi alla faccia esterna delle braccia, ed una alla parte anteriore e interna del ginocchio sinistro; un' altra nella palpebra superiore destra. Mucose pur esse pallide. Cranio grosso. Nella parte anteriore del cuoio capelluto, presso la fronte e alquanto più verso destra, si notano due impressioni echimotiche (date da una branca del forcipe). Tutto il cuoio capelluto edematoso, così pure la regione zigomatica destra; edema che si estende sul collo al didietro di ogni orecchio, sotto il quale raggiunge la regione parotidea. Detta cute edematosa è di colore roseo biancastro, meno alla parte posteriore del

collo, e alla sua regione sinistra, ove la tumefazione è livida. Sotto essa cute edematosá, *abbondante stravaso di sangue* in gran parte coagulàto, il cui peso può computarsi di tre once circa (grammi 75). Tale stravaso si approfonda fino nel periostio, ed infiltra le parti fibrose che costituiscono le fontanelle e le suture che sono perciò di colore rosso cupo. Non è dato scoprire nessun grosso vaso aperto, se si eccettui una vena emissaria in corrispondenza della sutura temporo-parietale destra, dietro l' orecchio la quale vena era coperta di grosso coagulo sanguigno. Aperto il cranio, trovasi sotto l' aracnoide un sottile velo emorragico, sciolto, esteso a gran parte della volta ed anche alla base in corrispondenza della midolla allungata. Nessun seno della dura madre è lacerato. Le suture della volta sono assai mobili, e facendone sezioni scorgesi l' infiltramento sanguigno già mentovato superiormente, giungere fin sotto la dura madre, ma non occupare le pareti del seno longitudinale. In questo seno vien fatto un' iniezione d' acqua, e non se ne vede escire da nessun punto della sutura fronto-sagittale. Molto mobile ed un poco echimotica è la sutura fronto-sfenoidale destra che unisce la piccola ala colla parete superiore dell' orbita. In questa trovasi alla detta parete superiore un coaguletto lungo circa 2 centimetri, largo 1 e grosso 3 millimetri. L' encefalo è al massimo anemico e sembra al tutto di cera. I polmoni nella loro parte posteriore atelectatici, e qua e là sede di sottili emorragie sottopleuritiche. I reni contengono infarti urici. Nulla del resto, fuorchè notevole pallore dei tessuti.

Lo stravaso sotto il cuoio capelluto, in mancanza di altre vene aperte da cui crederlo derivato, si può ritenere traesse origine dalla lesione della vena emissaria sottoposta al grosso coagulo della regione posteriore e

laterale destra, e che fu trovata sanguinante; l' edema della cute che copriva lo stravaso io credo si debba ripetere dall' infiltrarsi in essa della parte sierosa del sangue stravasato. L' emorragia dentro l' orbita destra e l' echimosi della corrispondente palpebra derivarono dalla lesione della sutura sfeno-frontale che come ho detto si trovò molto mobile ed echimotica.

L' anemia così forte dell' encefalo fu senza dubbio la causa della morte; e i sintomi ancora palesati in vita furono da questa lesione non discordi. Lo stravaso sotto-aracnoideo era tanto sottile che dubito molto possa avere avuto grave peso nel produrre la morte; potrà al più spiegare i crampi dei muscoli delle labbra notati in vita.

Che poi lo stravaso sanguigno sottocutaneo potesse equivalere ad una grave emorragia e quindi possa, come io credo, spiegare l' anemia del feto e specialmente dell' encefalo, si comprende bene pensando che la perdita di grammi 75 di sangue in un neonato che pesava grammi 3500, equivale alla perdita di Kil. 1, 280 fatta da un adulto che pesi Kil. 60; e pensando come la cedevolezza della cassa craniale dei feti favorisca come l' iperemia così anche l' anemia dell' encefalo.

Pochi dì prima che questo caso avvenisse nella nostra Maternità, io aveva avuto nella mia pratica privata un parto durante il quale il feto moriva, e non presentò alla sezione che una forte raccolta di sangue aggrumato sotto il cuoio capelluto.

Craniotomia e cefalotripsia.

Storia 51. — Lieve angustia generale della pelvi, resa grave per la grandezza del feto e la debolezza delle doglie. Craniotomia e cefalotripsia.

Questo è l' unico caso nel quale questa operazione fu eseguita.

La donna 22 1870 è l' oggetto di questa storia. Essa era piccola, ma ben proporzionata e robusta. La sua gravidanza era a termine.

Dopo 40 ore di travaglio il capo non si era che poco impegnato e l' orifizio non era ancora completamente dilatato, non ostante due bagni generali. — Allora, essendo la donna assai spossata, previa l' amministrazione del Battesimo, si applica il forcipe essendo la testa in 2ª posizione del vertice; e si fanno indarno varie energiche trazioni.

Visto il forcipe infruttuoso, e considerando che ogni indugio ulteriore sarebbe assai dannoso alla donna, si opera la craniotomia, si applica tosto il cefalotritore, e si schiaccia il capo, dando luogo all' escita di buona parte dell' encefalo. Ciò non ostante, l'estrazione riesce piuttosto difficile. Il capo esce colla faccia volta in avanti, avente il suo gran diametro trasverso (il bimalare) intatto, per ciò che il capo era stato preso dal cefalotribo solo nel cranio.

Si aiuta con trazioni alle ascelle l'espulsione del tronco; e poco dopo, con trazioni sul funicolo, si estrae la placenta già discesa in vagina.

I genitali della donna sono, oltre alla lacerazione del perineo, rimasti contusi; l' utero è anch' esso alquanto dolente, sicchè per circa 12 ore si fanno bagni freddi all' addome ed ai genitali.

Il puerperio è pressochè regolare.

In 4ª giornata insorge lieve febbre preceduta da brivido, la quale è forse dovuta ad ingorgo latteo. Tuttavia, per ogni buon riguardo, si amministra chinino bisolfato e se ne prosegue l' amministrazione per due giorni, anche per secondare l' uso degli antisettici topici usati contro la mortificazione della piaga perineale; della quale

non faccio altra parola, avendone parlato trattando delle lacerazioni.

Superata ancora una coprostasi, accompagnata da febbre che mentiva per qualche giorno l' esordio di un flemmone della fossa iliaca sinistra, in 30ª giornata la donna si alzava di letto perfettamente guarita.

Estrazione della seconda dall' utero.

Fu operata in tre donne per emorragia grave durante il secondamento e cioè nelle donne 14, 68, 87 del 1869. In nessun caso questa operazione, impresa poco dopo il parto, incontrò difficoltà di rilievo.

Nella donna 87 l' emorragia persistette lieve anche dopo il secondamento, nelle altre due cessava tosto coll' estrazione della seconda.

In tutte tre vi furono nel puerperio sintomi di congestione uterina, che cedette a lievi mezzi antiflogistici. Nella prima i lochi furono fetidi alquanto, e furono perciò eseguite iniezioni vaginali detersive ed antisettiche. Nell' ultima vi fu in puerperio anche catarro della vescica urinaria, che fu trattato con bevande mucilaginose e con oppio.

(continua)

—

DI ALCUNE FALSE ARTICOLAZIONI SUSSEGUITE A FRATTURE TRAUMATICHE E LORO CURA. — Nota del Prof. FRANCESCO RIZZOLI.

Se io male non veggo parmi che oggigiorno taluni chirurghi troppo presto disperino di potere riescire ad ottenere la consolidazione d' alcune false articolazioni susseguite a fratture traumatiche delle ossa lunghe, e che per questo timore, col fine di toglierle ricorrano, forse con eccessiva sollecitudine, a mezzi chirurgici di non lieve entità.

Che questo mio dubbio abbia un certo valore, me ne convinco pensando, che quantunque nella mia lunga ed estesa pratica, grandissimo numero di fratture abbia avuto campo di curare, una sola volta fui astretto d' appigliarmi ad energico mezzo chirurgico, affine d' ottenere la saldatura d' una speciale pseudo-artrosi del femore.

L' esperienza invece mi ammaestrò, che talora l' ultimo stadio della consolidazione ossea si fa a lungo desiderare in alcuni individui, quantunque sani e robusti, e che nullameno senza dar mano intempestivamente a temibili espedienti finisce per compiersi. Ne ebbi fra gli altri bella prova in due casi che noterò qui in compendio.

Anna Maria Barigazzi di ottima costituzione e di perfetta salute, fattasi sposa a Giuseppe Berti calzolaio, ebbe sei figli. Nell' ultima sua gravidanza essendo escita di casa un giorno del Febbraio 1834, scivolando cadde a terra, e così riportò una frattura sopramaleolare alquanto obliqua delle osse della gamba destra. La donna avea allora 37 anni, la gravidanza non avea per anco raggiunot il quarto mese.

I primi soccorsi d'arte le furono apprestati dal distinto chirurgo Dott. *Fontana*, indi la cura fu esclusivamente affidata al Prof. *Baroni*.

Questi, ottenuta che ebbe la perfetta coattazione dei frammenti, fissò l' arto fratturato su di un apparecchio pensile. Trascorsi così due mesi la frattura non mostrò tendenza ad assodarsi, motivo per cui, avendo il *Baroni* dovuto recarsi a Roma per prendervi stabile dimora, quella cura venne a me affidata, essendo io in allora suo Assistente.

Continuato avendo per qualche tempo ancora nell'uso dell' apparecchio istesso, non vedendo nella frattura disposizione alcuna a saldarsi, e d' altronde non trovando cagione plausibile cui si potesse attribuire un simile ritardo, dubitai potesse riferirsi allo stato di gravidanza, e per questo piuttosto che lasciarmi cogliere dal timore della formazione di una stabile pseudo-artrosi nel luogo fratturato, sperai che in questo caso potesse accadere, quanto al dire di *Morgagni*, aveano già osservato in casi simili *F. Hildano*, *Bötcher*, *Vanswieten* ed altri, e cioè la consolidazione della frattura soltanto dopo il parto od il puerperio.

Si fu per ciò che abbandonato l' apparecchio a sospensione ve ne sostitui uno più semplice, capace però di mantenere bene ricomposta la frattura, e di favorirne il coalito, qualora più o meno presto vi si mostrasse disposta.

Ma non si colse buon frutto, per cui pazientemente attendemmo l' effettuazione del parto, che si compì regolarmente il giorno 25 Luglio dell' anno istesso. Occorse però che passasse anche tutto il tempo del puerperio perchè la consolidazione della frattura sodamente si effettuasse. Ripresa di poi la gamba la forza ed agilità pri-

mitiva, la donna non ebbe più a risentirsi della sofferta lesione.

Avventuroso risultato che di recente mancò in un incinta curata dal chiarissimo Prof. *Mazziotti* (1).

Narra egli infatti che una donna, d' anni 35, figlia di sani genitori, di costituzione debole, cadendo riportò una frattura obliqua della diafisi del femore destro.

Il susseguente giorno, ridotta la frattura, la si mantenne in sito mercè di un doppio piano inclinato del *Withe*. Quella donna era gravida all' ottavo mese, e dopo 36 giorni dell' accaduto partoriva felicemente; in seguito però ebbe a suscitarsi una metro-peritonite, che si protrasse per 3 settimane. Allora fu rimosso l' apparecchio, e si rinvennero ancora mobili i due frammenti senza alcuna traccia d' iniziata consolidazione; il Prof. *Mazziotti* sostituiva al primo un apparecchio col silicato di potassa, finestrandolo al sito della frattura onde agirvi coll' azione stimolante della tintura di iodio e dei vescicanti; scorse 4 settimane, quella donna veniva assalita da febbre difterica grave e, come ne fu guarita, si tolse il secondo apparecchio ed i monconi furono trovati nelle istesse condizioni di prima; si ricorse allo strofinamento, e si ritornò ad applicare l'apparecchio inamovibile, ma senza alcuno risultamento; sicchè il *Mazziotti* si credè autorizzato di ricorrere alla resezione che fu coronata da felice successo, però l' arto rimase più corto di 3 centimetri. L' operatore nel descrivere l' atto operativo mostra di non aver conservato alcuna porzione del periostio, e di non avere praticata la sutura metallica dei frammenti; ciò non pertanto la loro consolidazione avvenne completa.

---

(1) Giornale il Morgagni 1873.

L' altro caso notevole di molto ritardata consolidazione di frattura, da me osservato, che mi sembra pure opportuno di brevemente esporre, si è il seguente.

Certo Clò Carlo nel giorno 25 Ottobre 1871 era accolto nella mia Sezione allo Spedale Maggiore per esservi curato di una frattura obliqua al terzo superiore del femore sinistro che riportato aveva cadendo da un biroccio.

Contava egli allora 17 anni, era piuttosto piccolo di statura, però bene conformato e di aspetto robusto. Per tale lesione fu munito di conveniente apparecchio. Nel corso della cura si notò che, quantunque fossero già trascorsi tre mesi dalla riportata lesione ed il callo fosse piuttosto grosso, tuttavia mostravasi cedevole e molle. Per ciò si credè conveniente di continuare a tenere l' infermo in riposo ed in letto, e di non omettere l'uso di opportuni apparecchi per evitare anche l' incurvamento della frattura che minacciava. Gli apparecchi prescelti furono gli inamovibili, ma inutilmente, sebbene non fossero tralasciati per otto mesi.

Allora per la tendenza che conservava il molle callo ad incurvarsi all' esterno, vi si applicò contro un forte cuscinetto cui si sovrappose una lunga e robusta ferula che dall' esterno del piede finiva per fiancheggiare il bacino, e si tenne poi tutto debitamente in sito mediante una fasciatura gommata.

Di tratto in tratto rinnovando l' apparecchio per sorvegliare le fasi del molle callo, notossi che questo grado grado si assottigliò poi finì per assodarsi completamente, per cui l' infermo coll' aiuto delle stampelle, il giorno 10 Agosto potè escire dallo Spedale ove era entrato quasi 10 mesi innanzi. L' arto rimase più corto tre centimetri.

Si avverta che fino dai primi mesi della cura gli era stato accordato un vitto molto nutriente ed abbondante, e più tardi era stato sottoposto all' uso dei marziali.

Che poi l' effettuatasi consolidazione ossea fosse molto forte, ne avemmo poscia una patentissima prova, giacchè trascorso circa un anno dall' ottenuta guarigione, e cioè il 17 Giugno scorso, il Clò fu mandato di nuovo allo Spedale per frattura al terzo medio dello stesso femore sinistro, e quindi al disotto dell'antecedente riportata frattura. Vi fu applicato un apparecchio gommato. Dopo 42 giorni il formatosi callo era sì forte da potere permettere all' infermo d' alzarsi, conservando però l' arto l' accorciamento di 3 centimetri superstite all' antecedente riportata frattura.

L' essere riescito anche in quest' uomo ad evitare con mezzi meccanici comuni la formazione di una stabile falsa articolazione che era in esso lui minacciata allorchè riportò la prima frattura del femore sinistro, m' inspirò fiducia di potere del pari giungere a buon fine esperimentando un meccanismo pure assai semplice anche in un infermo in cui la pseudo-artrosi erasi invece formata alla tibia.

Chiamasi quest' uomo Stefanelli Vincenzo, ha 40 anni, è di buona costituzione, imune da qualsiasi malattia specifica, ed è un servente.

Il 15 Agosto dello scorso anno 1873 mentre egli stava inforcando un cavallo piuttosto vivace, questo si mise a gettar calci in modo sì violento da cacciarlo a terra, per cui gli si fratturarono obliquamente ambedue le ossa della gamba destra verso il terzo inferiore. Soccorso all' istante nel modo dovuto, vennero di poi applicati all' arto offeso varii apparecchi per tenere la frattura in buona direzione e procurarne il saldamento, ma invano, giacchè circa due mesi e mezzo dopo la riportata traumatica lesione, la frattura rimaneva tuttavia disgiunta. Furono allora prescritti internamente decotti di china e degli acidi minerali allungati, sembrando minacciato nel-

l' infermo lo scorbuto e nel tempo istesso non si desistette dall' uso di appropriati apparecchi, ma non se ne trasse il completo e desiato frutto, giacchè quantunque i fenomeni scorbutici si fossero dissipati, la frattura della fibola si fosse già saldata, si manteneva però disgiunta e si mostrava scomposta la frattura della tibia. Per questo, verso la metà del Gennaio 1874 e cioè 5 mesi circa dalla riporta lesione lo Stefanelli fu posto nello Spedale Maggiore sotto la mia cura. La gamba fratturata era allora di oltre un centimetro più corta dell' altra, la fibola si manteneva soda, ma il frammento superiore della tibia colla sua punta sporgeva sotto la cute, disgiunto essendo ancora dall' inferiore, per cui ai due frammenti della tibia poteansi imprimere separatamente dei moti laterali. Facendo poi premere la pianta del piede con forza contro una mano, il frammento superiore maggiormente sporgeva sotto la cute piuttosto assottigliata, e la gamba tendeva a flettersi allo indentro e ad inarcarsi allo esterno, lo stesso accadeva se coll' aiuto delle stampelle si tentava di far camminare il malato.

Fra le puntute e divise estremità dei due frammenti non si sentivano manifeste briglie cicatrizie, non apparivano durezze ossee nei loro contorni. Non potevasi poi con sicurezza stabilire se i due estremi dei monconi nel tratto fratturato, eransi ricoperti da cicatrice in modo da non lasciar campo a sperarne la riunione quand' anche fossero tenuti in istretto contatto, e da costringere invece a riccorrere a mezzi più o meno violenti per fare sparire la formatasi falsa articolazione.

Non potendo ciò essere precisato parve però a me opportuno in questo caso il preoccuparsi specialmente della direzione viziosa assunta dalla estremità alquanto puntuta del frammento superiore che la teneva discosta dall' inferiore e la faceva sporgere in avanti sotto la cute.

Per riparare a simile inconveniente stimai doversi preferire quei mezzi, che mentre valer ponno a mantenere nel dovuto contatto gli ossei monconi, sono atti nel tempo stesso ad eccitare il lavoro di consolidazione, al qual'uopo non avrebbero quindi potuto bene servire il setone, la spillo-puntura, le iniezioni irritanti o caustiche, ma piuttosto la resezione, la trapanazione, la raschiatura della estremità dei frammenti, la sutura metallica, la tenotomia sottocutanea del tendine d'Achille convalidata dall'azione premente di alcuni appropriati mezzi meccanici sugli estremi ossei fratturati, od anche la sola vite a pressione ed a punta del *Malgaigne*.

Ma sebbene la resezione la trapanazione dei frammenti e la sutura metallica dei medesimi contino felici risultati, potendo però queste operazioni essere susseguite da pericoli anche temibilissimi, pareva a primo aspetto miglior consiglio l'attenersi alla sezione sottocutanea del tendine d'Achille, nel qual modo si sarebbe riesciti più facilmente a porre a stretto contatto i due estremi dei monconi ed a fissarli con appropriati prementi apparecchi, e così era pure a sperarsi si destasse anche quel grado di flogosi che al congiungimento della frattura poteasi rendere indispensabile.

Farò per altro qui notare che sebbene fino dall' anno 1851 mediante una mia Memoria letta all'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna (1), ed all'appoggio dell' esperienza, imprendessi a mostrare l' utilità che si poteva trarre dalla sezione sottocutanea del tendine d'Achille in quei casi di recenti fratture oblique delle ossa della gamba, in cui i frammenti della tibia tendono a pro-

---

(1) Rendiconto dell'Accad. delle Scienze dell' Istituto di Bologna 1851, e Memorie della medesima Accademia 1852.

tuberare in avanti sotto la intatta cute ed a perforarla, o dalla medesima sporgono, nullameno la operazione stessa nel caso di falsa anticolazione di cui ora mi occupo non mi sembrò la più propria, giacchè nel medesimo la retrazione dei muscoli gemelli e soleo non era tale da opporre forte ostacolo all' accostamento dei due estremi fratturati e tuttavia disgiunti.

E neppure ad immobilizzarli a mantenerli a stretto contatto, ed a destare meglio un grado di flogosi sufficiente al loro consolidamento doveva a mio avviso preferirsi la vite premente dell' apparecchio del *Malgaigne* infitta attraverso la cute fin entro al frammento superiore. A questa pratica in generale io mi mostrai già anche altrove piuttosto avverso (1), avendomi la esperienza dimostrato che qualche volta l' infitta vite malamente serve, smuovendosi dalla datale posizione per dirigersi ora in un senso ora in un' altro, perchè non di rado presto vacilla e si rende quindi inutile o conviene riapplicarla in un altro punto, perchè se la cute sovrastante ai frammenti è sana, la frattura che è semplice vien ridotta a frattura complicata con lesione di continuità, sebbene piccola, della cute, e ad infissione di un corpo estraneo nell' osso, motivo per cui possono rendersi così anche assai gravi le condizioni dell' infermo.

Di ciò ne ebbi di poi piena conferma, giacchè poco dopo avere io resa pubblica l' indicata Memoria, leggendo la Gazzetta Toscana delle Scienze Mediche e Fisiche N. 23, 12 Dicembre 1851, vi trovai inseriti dall'onorevole Sig. Dott. *Foresi* casi di tali fratture veduti curare sotto i suoi propri occhi dal *Malgaigne* coll' indicato apparecchio e finiti colla morte. E nell' anno 1856 io stesso recatomi a

(1) Vedi l' indicata Memoria.

Parigi, e visitato avendo la Clinica dello stesso *Malgaigne*, potei osservare alcuni fratturati sottoposti all' indicato apparecchio, e deplorare gli annunziati pericoli.

Laonde avendo io invece presente alla mia memoria un caso rilevante di falsa articolazione curato con un meccanismo molto semplice dal Prof. *Baroni*, mi feci a considerarlo per stabilire se fosse stato ben fatto il potere di qualche guisa imitare questo Preclaro chirurgo. Ecco il riassunto della storia che egli ne diede (1).

Il 14 Luglio 1841 un uomo quasi settuagenario e che da lungo tempo esercitava l'ufficio faticosissimo di Medico condotto, cadde da cavallo e riportò una frattura obliqua al femore destro scevra da complicazioni: apposto alla parte un' apparecchio contentivo, gli fu nelle prime settimane cagione di gravi e continui dolori per cui dopo 2 giorni venne rimosso e rinnovato. In questa circostanza si vide essersi formata una elevatezza nel luogo della frattura, e l' arto accorciato di tre o quattro dita trasverse, il ginocchio irrigidito ed il piede notabilmente volto all'infuori. Dopo 38 giorni fu ripetuta la estensione dell' arto e la riposizione della frattura da altro chirurgo, il che diminuì la elevatezza, e l' apparecchio riuscì all' infermo molto meno molesto. Tutto questo però non conseguì esito fortunato, perchè tre mesi dopo l' accaduto il chirurgo curante propose di nuovo la riposizione della frattura: per diverse circostanze però siffatto parere non fu in allora adottato, e soltanto ai primi di Febbraio del 1842, cioè sette mesi dopo l' accaduto, trovò modo di essere trasportato a Roma ed affidato alle cure del Prof. *Baroni*.

---

(1) Rendiconto dell' Accad. delle Scienze di Bologna 1845-46.

Trovata avendo egli del tutto scomposta la frattura, dimagrata la coscia, gonfia la gamba, anchilosata quasi totalmente l' articolazione del ginocchio e del piede, si propose di usare delle puleggie, come si pratica per ridurre le lussazioni inveterate, onde così ottenere la riposizione della frattura fin dove era possibile: ottenuto in tal modo l'allungamento dell'arto fino quasi a portarlo alla naturale misura, scomparve anche la gonfiezza prodotta dall' accavallamento dei frammenti, ed il piede si potè situare nella regolare posizione. Applicato in allora un apparecchio contentivo a stecche e ad estensione permanente, fu da principio bene tollerato, ma per indocilità dell' infermo il tutto fu in breve scomposto, nè giovò il ritentare più volte lo stesso metodo, per cui abbandonato l'uso di qualunque apparecchio, passarono così alcuni altri mesi fin chè trovandosi in Roma il celebre Prof. *Roux* fu dal *Baroni* invitato a vedere l' infermo: venne stabilito di comune accordo di ricorrere di nuovo ad un apparecchio a lunghe stecche semplice sì, ma solido e tale da impedire ogni movimento nei frammenti, ma l' infermo non volle assoggettarsi al nuovo tentativo. Passarono parecchi altri mesi facendo uso sulla parte di rimedi inconcludenti fin che si decise per l' applicazione del tornichetto, onde colla compressione diretta sui frammenti accavallati procurarne l' aderimento, e la formazione del callo, come aveva altra volta ottenuto il *Brodie*, il che fortunatamente ebbe pur luogo anche in questo soggetto ad onta dell' età sua avanzata, del lungo periodo di più di un anno trascorso dopo accaduta la frattura, e dell'indocilità ed intolleranza sua. Abbenchè l' arto rimanesse così accorciato, ed impedite quasi del tutto le articolazioni del ginocchio e del piede, coll' appoggio però di un bastone, ed il ripiego di nna grossa suola di sughero, potè col tempo reggersi non solo in piedi ma camminare ancora con sufficiente libertà e franchezza.

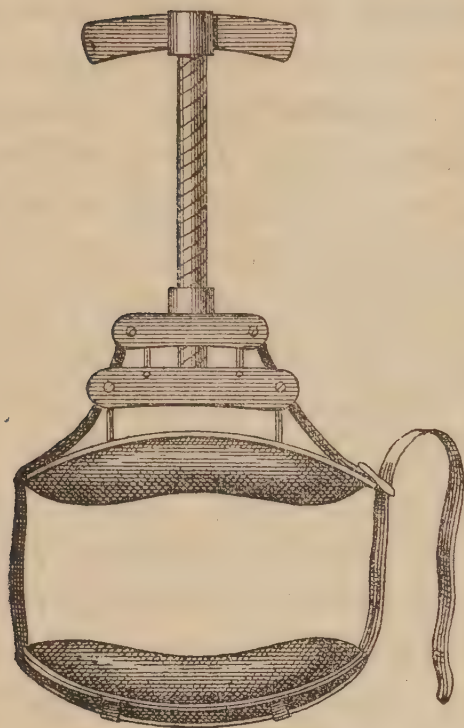
Sebbene questa guarigione serva a confermare l' utilità che si può trarre in casi simili dall' uso del comune tornichetto (1), è per altro fuori di dubbio che qualora vi si possa sostituire un compressore che meglio sia adattabile all' arto e valga ad evitare nelle adiacenti parti compressioni più o meno nocive, sarà per certo ben fatto. E ciò invero a me parve di potere raggiugnere mediante il mio tornichetto ridotto in modo da potere servire non solo come compressore delle arterie nella cura degli aneurismi, ma capace altresì di mantenere nella dovuta direzione i frammenti di alcune fratture che tendono a spostarsi (2).

Compongono il mio tornichetto una vite a tre vermini (Fig. 1) fornita del suo manubrio la quale è lunga dieci centimetri. Questa vite nella sua estremità inferiore è munita di due telai collocati uno sopra l'altro, l' inferiore resta fisso nella vite, lasciando però girare in tondo a piacimento la vite stessa, il superiore può alzarsi e ribassarsi a seconda del bisogno. Nel telaio inferiore si notano quattro currì, nel superiore due. I currì sono destinati a lasciar scorrere la fettuccia colla quale si circonda il membro su cui il tornichetto è applicato. Nell'interno delle due pareti del telaio inferiore vi è una scanellatura atta a ricevere od a permettere di levare un cavalletto rettangolare che

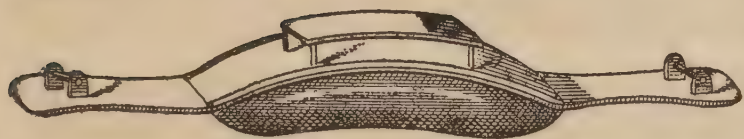
---

(1) Il *Du Camin*, come rilevasi dagli Annali di Medicina (1857), proponeva pure la pressione continuata a lungo delle antiche fratture non consolidate per ottenerne l' unione, ed il *De Vita* riferiva nello stesso Giornale (1867) un caso di pseudo-artrosi della tibia formatasi da 5 mesi, da esso lui guarito, dopo avere estratte alcune schegge, ed applicata una staffa di cuojo larga 20 centimetri che abbracciando il mezzo della gamba di contro alla frattura vi era poi debitamente fermata.

(2) Rendiconto dell'Accademia delle Scienze di Bologua 1858, e Memorie della stessa Accademia 1859.

Fig. 1.

trovasi alla superficie convessa di un porta-cuscinetto arcuato, lungo nove centimetri, e largo quattro, la di cui faccia concava è munita di un cuscinetto di camoscia, imbottito, piuttosto morbido.

A completare il tornichetto evvi un contra-cuscinetto, simile al porta-cuscinetto già descritto, mancante però del cavalletto rettangolare.

Fig. 2.

Ogni qualvolta però voglia valersi del tornichetto suddetto non già per eseguire le amputazioni degli arti, ma come compressore nella cura degli aneurismi o delle fratture non consolidate, in allora è necessario di sostituire agli indicati porta-cuscinetti quelli che vengo a descrivere.

Il primo di questi è lungo venti centimetri, e largo quattro, la di lui parte media è piegata ad arco (Fig. 2). Quest' arco ha una corda di dieci centimetri, ed una freccia, o altezza di dodici millimetri; nella sua parte convessa presenta esso pure un cavalletto rettangolare lungo cinquantotto millimetri, e largo trentadue, il quale

cavalletto può innicchiarsi nelle due suddescritte scannellature esistenti allo interno delle pareti del telaio inferiore del tornichetto, ove può venire fissato. Il porta-cuscinetto nella sua concavità ha un cuscinetto formato di camoscia imbottito. Dai due punti ove termina l' imbottitura, alle due estremità della lastra metallica che concorre a formare questo porta-cuscinetto è desso piano e lungo cinque centimetri, od anche più a seconda del bisogno; sul finire di queste due porzioni piane vi è una finestrella atta a ricevere la fettuccia nel modo stesso che osservasi nel tornichetto. All' interno di queste finestrelle, si osservano due cavalletti, i quali portano due currì, che servono a rendere più scorrevole la fettuccia.

Il secondo porta-cuscinetto, o contra-cuscinetto, nella sua faccia concava, è simile al sopra descritto, nella convessa però, invece del cavalletto rettangolare, trovansi due piccoli cavalletti alla distanza di quattro centimetri l' uno dall' altro, i quali servono di guida alla suddetta fettuccia.

Dalla descrizione pertanto che io ho data del mio tornichetto non solo chiaramente risulta, che avuto riguardo al suo meccanismo, e specialmente alla forma, ed alle dimensioni dei suoi cuscinetti, bastano le più ovvie nozioni anatomiche in rapporto all'andamento delle grosse arterie degli arti, e delle regioni da esse loro occupate per potere all' opportunità collocare e stringere con sicurezza su di esse i cuscinetti anche senza antecedenti esplorazioni dirette a scuoprire la sede loro precisa, ma è reso evidente pur anco che qualora sia convertito nel modo su ricordato in un semplice compressore può in allora con molto profitto essere usato non solo nella cura degli esterni aneurismi, ma ben anco in alcuni casi di false articolazioni susseguite a traumatiche fratture, giacchè attesa al sua forma le sue dimensioni ed il suo meccanismo rie-

sce agevole l' adattarlo alle membra senza esercitare sulle parti ad esso adiacenti temibili pressioni, e può anch' esso, molto più facilmente di quel che non sia sperabile usando altri compressori, essere stretto o rallentato, tolto, o riposto in sito da persone ignare della chirurgia ed anche dallo stesso infermo.

Pertanto il giorno 16 Gennaio 1874 questo compressore fu collocato alla gamba del mio infermo sulla falsa articolazione, in modo da fare poggiare la gamba stessa posteriormente in corrispondenza di essa falsa articolazione sul cuscinetto privo della vite, mentre poi l'altro cuscinetto di essa vite munito, era fissato anteriormente contro l'estremità del moncone superiore sporgente allo innanzi. Nel far ciò si ebbe poi l'avvertenza di collocare fra la cute che lo ricopriva ed il cuscinetto un grosso strato di ovatta, perchè essa cute dalla pressione che sulla medesima sarebbesi esercitata non avesse a patirne. E diffatto così il moncone osseo superiore senza sofferenza dell' infermo fu posto e mantenuto a contatto coll' inferiore quantunque si stringesse la vite di esso cuscinetto in modo non forte. Dopo avere collocato l'arto debitamente su appositi guanciali, ordinai che all' occorrenza il compressore con cautela fosse maggiormente stretto o rallentato da un inserviente o dallo stesso infermo.

Ma ciò non fu necessario giacchè, attesa la forma del compressore, la pressione non esercitandosi tutto attorno alla gamba, ma in due limitati tratti di essa soltanto, nè il piede nè la gamba istessa intumidirono, non si ebbe arresto affatto di sangue nell' arto, non si aumentò menomamente in esso la temperatura. Soltanto in corrispondenza alla falsa articolazione l' infermo accusò un mite dolore, indizio che vi si ordiva quel lieve grado di flogosi che poteasi richiedere acciocchè il consolidamento dei due estremi ossei divisi effettuare si potesse sodamente.

Rimasi però in alcuni momenti perplesso se dovea cambiare i punti di pressione per impedire con tanta maggiore sicurezza alterazioni nella cute premuta, ma non trovandone una decisa indicazione, tardai invece a levare l'apparecchio scorsi che furono sei giorni, ed allora rimasi veramente sorpreso rinvenendo la frattura saldata in modo da non permettere più deviazione alcuna nei frammenti. Nella cute poi sovrastante alla tibia ove fu compressa non trovammo che una lieve suggellazione la quale senza inconveniente alcuno poscia sparì.

Non credendo quindi più necessaria l' applicazione del compressore mi limitai per cautela a circondare la gamba con una fasciatura moderatamente stretta ed alla applicazione di una ferula al lato esterno di essa, il quale apparecchio veniva poi da me rimosso ogni giorno per sorvegliare l' arto nel modo dovuto. Così si giunse al 15 Febbraio in cui il callo mostrandosi sodissimo, fu abbandonato perciò ogni apparecchio, ed il 21 del mese istesso si permise all' infermo di alzarsi e di camminare colle stampelle.

L' arto è rimasto un centimetro più corto dell' altro, ma bene conformato, giacchè soltanto nel punto ove esistette la falsa articolazione della tibia, si osserva un lieve rialzo osseo. Le articolazioni della gamba e del piede funzionano normalmente.

É per certo cosa molto gradita il potere riescire ad ottenere simili guarigioni, ma per istabilire con senno il giusto valore che attribuire si deve al metodo prescelto, e non gioire soltanto pel buon risultato ottenuto, è dover nostro non lasciare sfuggire l' esame dei pezzi patologici in cui la falsa articolazione fu tolta, quando se ne offra l' opportunità, per conoscere non solo con precisione i mutamenti avvenuti nei monconi ossei che costituivano la pseudo-artrosi, ma il modo con cui se ne

effettuò il saldamento, e riescire così a meglio determinare la preferenza che nei singoli casi devesi ad un metodo piuttosto che ad un altro accordare.

Questo esame potè essere effettuato nel femore di quell' unico uomo che fin da principio dissi essere stato da me operato per falsa articolazione con un processo alquanto violento e che morì dopo non breve tempo dall' ottenuta guarigione.

Chiamavasi Campeggi Raffaele, aveva 32 anni, era nativo di Marzabotto, sano e robusto. Nel giorno 3 Agosto 1871 mentre trovavasi intento a suonare delle campane, posta una mano in fallo, ricevè un forte colpo alla coscia destra dal mozzo di una grossa campana posta da lui in movimento. L' urto fu così violento da balzarlo al suolo da non piccola altezza. Per curarlo della riportata lesione venne posto allo Spedale Maggiore nella sezione da me diretta L' esame che io ne feci mi mostrò in esso lui una doppia frattura del femore, e cioè al terzo inferiore, fig. 1, ed alla metà di questo osso, complicata ad esterna ferita (1). Il frammento medio, fig. 1 *m*, fig. 2 *c*, si era staccato in direzione molto obliqua.

Cessata la flogosi che a questa lesione susseguì, e guarita che fu la ferita, si curò di porre nel migliore possibile rapporto i frammenti; dopo di che per mantenerli in buona direzione, venne applicato l' apparecchio di *Desault*, reso inamovibile colla mucillagine di gomma. Per tre mesi stette l' infermo nello Spedale, ma in questo lasso di tempo soltanto il pezzo medio,

---

(1) Perchè meglio si possa formare una idea di questa frattura, mi sono valso delle stesse figure che la rappresentano consolidata nel tratto ove esisteva la falsa articolazione, giacchè a tal' uopo si ponno prestare benissimo.

fig. 1 *m*, si unì sodamente all' inferiore, fig. 1 *b*, fig. 2 *g*. Così i tre ossei frammenti si ridussero a due, ad uno inferiore cioè fig. 1 *b m d*, fig. 2, *b c d*, e ad uno superiore, fig. 1 *a e*, che poi mediante un tessuto molle e cedevole presero insieme aderenza nel tratto *e f* fig. 1, ove perciò si temette la formazione di una pseudo-artrosi.

Ma il Campeggi non volendo ulteriormente attendere, contro il mio consentimento escì dallo Spedale, nella fiducia che continuando nell' uso dell' apparecchio, per la benefica influenza dell' aria nativa, la frattura tanto più facilmente, ove mantenevasi disgiunta, si sarebbe consolidata. Però ad onta che trascoressero altri tre mesi il saldamento completo non si ottenne, la falsa articolazione pienamente formossi, ed allora il Campeggi si determinò di rientrare nello Spedale.

Al suo ingresso offriva le seguenti particolarità. — Postolo debitamente in posizione orizzontale supina l'arto inferiore destro ossia il fratturato appariva di 3 a 4 centimetri più corto dell' altro, ma tirato che fosse in basso l' accorciamento scemava, e poteva ridursi a poco più di un centimetrò. Ciò derivava dall' essersi formate fra i due frammenti, nel tratto non consolidato, delle briglie fibrose elastiche che potevano di certa guisa cedere alla praticata estensione. L' arto era più sottile dell' altro con muscoli flosci, tutta la porzione sottoposta alla falsa articolazione vedevasi leggermente ruotata all' infuori. Invitato l' infermo a flettere la coscia sul bacino, oltre che eseguiva a stento questo movimento ed in modo imperfetto appariva uno incurvamento al terzo medio della coscia. Quantunque l' infermo potesse sorreggersi colle stampelle, nel camminare doveva poggiare il piede al suolo con particolare cautela, per non destare nella coscia dolore, il quale era cagionato dal tratto puntuto dell' inferiore frammento, fig. 1, 2 *b d*, che camminando

scorreva in alto lungo le carni ed a lato del superiore, ciò pure permettendogli le elastiche fibre che eransi formate fra i due ossei monconi, ove erasi ordita la falsa articolazione, fig. 1 *e l*.

Il lungo tempo trascorso, e molto più la natura del tessuto che insieme riunendo i due frammenti aveva originato la pseudo-artrosi, non lasciandomi luogo a sperare in mezzi assai miti, mi indussero a tentare la rottura dei legami costituenti la falsa articolazione istessa, la lacerazione dei quali destando un' irritazione un po' forte avrebbe potuto con maggior sicurezza favorire lo sviluppo d' un processo infiammatorio valevole a produrre il callo mancante.

Questa operazione essendo del tutto sottocutanea doveva perciò riescire non molto temibile, e per certo assai meno di quello possa aspettarsi con processi operatori che obblighino a perforare o ad incidere anche i molli esterni tessuti.

E fu il *Du Camin* (1) il quale avendo osservato che in un infermo affetto da pseudo-artrosi del femore, in causa di accidentale caduta dal letto, percosso avendo a terra con violenza l' arto offeso, e per la nuova riportata lesione e per la successiva infiammazione erano spariti i legami che riunivano i frammenti, e si era ottennuta così la formazione del callo, consigliò per questo di manomettere in consimili casi le parti molli circonvicine alla falsa articolazione. La quale rottura di legami cicatrizi fu poi commendata anche dal *Günther* e specialmente dal *Bruns*, il quale ultimo autore anzi non solo eseguì la lacerazione delle briglie costituenti le false articolazioni, ma preconizzò a preferenza d' ogni altro nelle fratture

(1) Annali di Medicina 1857, pag. 122.

male consolidate la rottura del viziato callo rispettando le parti molli, al quale fine, egli dice, mi *valgo dell' osteoclaste qui delineato*, e ne dà la figura (1). Il qual modo di esprimersi ha fatto sì che lo *Szymanowski* (Russo) (2) in un Manuale di Chirurgia, da esso lui pubblicato, attribuì al *Bruns* l' invenzione di quell' Osteoclaste, che poi non rappresenta se non se perfettamente il mio ad anelli articolati, e reso pubblico già fino dall' anno 1847 (3).

Adnnque per operare il mio infermo il giorno 27 Gennaio 1872 (4) fu collocato supino su di un letto piuttosto duro, due infermieri con ambo le mani ne fissarono la pelvi, mentre la coscia era tenuta ferma dal distintissimio mio assistente Dott. *Medini* al di sopra della falsa articolazione. Afferrato avendo io il piede colla mia mano destra e colla sinistra l' alto della gamba con movimenti semirotatori e ad angolo cercai di rompere, come diffatti ruppi i tessuti fibrosi di nuova formazione che insieme legavano i due ossei monconi nel tratto ove erasi formata la falsa articolazione. Dopo di ciò l' arto si mostrò mobilissimo in tutti i sensi, e maggiormente si accorciò. Allora non si

---

(1) Dr. *V. Bruns* Professor an der Universität zu Tübingen. Berlin 1861. Beitrag zur Behandlung schlecht geheilter Beinbrüche von Dr. *V. Bruns*.

(2) Handbuch der operativen chirurgie von Dr. *Julius* von *Szymanowski* welland Professor in Klew. — Deutsche ausgabe von Dem Verfasser und Professor Dr. *C. W. F. Unde* in Braunschweig 1870.

(3) Rendiconto dell' Accademia delle Scienze di Bologna 1847-48, 1852-53. — Novi Commentarii Academiae Scientiarum Instituti Bononiensis. Tom. X, pag. 245. — Memorie dell' Accademia delle Scienze di Bologna 1849. — Collezione delle mie Memorie.

(4) *Medini*. Bullettino delle Scienze Mediche, fascicolo di Maggio e Giugno 1872.

omise con opportune trazioni di allungarlo di nuovo e di porre a stretto contatto i due monconi nel tratto ove i tessuti cicatrizi erano rimasti lacerati, come quello che in causa di ciò trovavasi in condizioni più acconcie a potersi consolidare; dopo di che venne applicato il mio apparecchio inamovibile gommato. Il dolore che suscitossi per l' atto operatorio erasi il giorno appresso del tutto dileguato. L' otto Febbraio fu cambiato l' apparecchio, e così potei conoscere che la mobilità era assai scemata nei due monconi, e che cominciavano ad aversi indizi di tendenza alla formazione del callo. A 40 giorni la perfetta consolidazione della frattura era patente, l' accorciamento superstite nell' arto era fra i 3 e 4 centimetri. L' operato fu trattenuto nello Spedale fino al 17 Luglio donde ne escì potendo senza aiuto valersi liberamente del membro, robusti mostrandosene i muscoli, libere trovandosi le articolazioni, e provveduto essendosi al non rilevante accorciamento rimasto per mezzo di una scarpa munita di suola piuttosto grossa in corrispondenza al calcagno.

Ripresi avendo egli i suoi faticosi lavori di campagna passò vari mesi in ottima salute, ma trascorso che fu più di un anno dall' ottenuta guarigione, essendo stato preso da lenta epatite cui sussesegui idrope ascite, mancò di vita e ciò avenne il 27 Settembre 1873, dopo essere rientrato e rimasto in cura brevemente in una delle sezioni fisiche dello stesso Maggiore Spedale.

Sembrando quindi a me potesse riescire molto utile l' esame del femore in cui erasi effettuata la indicata frattura per conoscere quali cambiamenti di struttura aveano sofferto gli ossei monconi ove erasi formata la falsa articolazione, e conoscere nel tempo stesso il lavoro mediante cui dopo la rottura di essa falsa articolazione eseguita nel modo suindicato, erasi poi stabil-

mente saldata, pregai perciò l' illustre collega Prof. *G. B. Ercolani* a volerne fare gli esami opportuni, come quello che studi tanto importanti aveva già resi noti intorno la rigenerazione delle ossa, al che egli gentilmente condiscese, rendendomi poi non solo ostensibili i risultati da esso lui ottenuti ma altresì in ogni loro particolare descrivendoli in una cortesissima lettera a me diretta che con grato animo a compimento di questa nota io qui trascrivo (1).

« Nell' atto che Ella mi consegnava un femore destro umano con frattura composta consolidata perchè lo esaminassi, mi faceva notare ancora che la consolidazione era avvenuta fra i due frammenti maggiori, dopo che da tempo fra di loro si era già stabilita una falsa articolazione. È troppo evidente che io non dovrò entrare in alcuna considerazione relativa al processo operatorio da Lei adoperato per guarire la pseudo-artrosi e mi limiterò quindi ad indicare i soli dati di fatto che mi sarà dato raccogliere dall' esame del pezzo patologico, accennando ad alcune considerazioni generali intorno al processo di consolidazione delle fratture che emergono dall' osservazione del fatto, che Ella nella sua saviezza

(1) Il Dott. *Leboucq* di recente presentò alla Società di Medicina di Gand alcune sue osservazioni interessanti di false articolazioni di ossa lunghe. (Annales et Bullettin de la Société de Médécine de Gand 1874). — Il Prof. *Demarquay* poi ha or ora pubblicato un importante lavoro sulla rigenerazione degli organi e dei tessuti e quindi anche delle ossa, ben degno di essere consultato. (De la rigéneration des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie. Paris 1874),

vedrà se consuonino o nò coi dati clinici che furono forniti dal malato e col processo operatorio che fu da Lei adoperato per averne la guarigione.

Comincio dall' esame esterno.

La frattura che primitivamente colpì l' infermo divise il di lui femore destro in tre pezzi, uno il maggiore fig. 1 lett. *a* è costituito dalla porzione superiore del femore: l' altro lett. *b* dalla porzione inferiore dell' osso, dal quale si staccò un frammento a foggia di grossa e lunga scheggia lett. *c* che è il terzo pezzo ed è costituito da una parte della porzione inferiore ed interna del femore che restò consolidandosi, alquanto spostata e rivolta dal di dentro al davanti del frammento inferiore, indicherò col nome di scheggia questo frammento, per evitare confusioni discorrendo del frammento inferiore e maggiore.

L' apice superiore e libero di detta scheggia lett. *d* come l' apice conico inferiore del frammento superiore lett. *e* segnano il luogo ove in origine avvenne la soluzione di continuità dell' osso. Questo sembra si debba notare perchè a prima vista pare che la frattura avvenisse verso il terzo inferiore del femore, ma come dall' apice libero della scheggia lett. *d* alla punta conica inferiore della porzione superiore dell' osso, vi ha un dislivello di 10 centimetri, così si potrebbe credere che questa fosse la misura dell' accorciamento, che subì l'osso in discorso nell' atto del consolidamento ma come la frattura era a becco di flauto allungato, così l'accorciamento reale non fu che di 3 centimetri o poco più.

Nel processo avvenuto di consolidazione è evidente che le due estremità dell' osso rotto non vennero menomamente a contatto e che in parte soltanto la scheggia fig. 2 lett. *c* rimase vicina al frammento inferiore dal quale si era distaccata. Il frammento inferiore e la scheggia si veggono alcun poco deviati dal davanti all' inden-

tro ed un poco obliquamente dall' esterno all' interno. Il frammento superiore è pur esso deviato dall' indentro al davanti e dall' interno all' esterno.

Guardato l' osso nella sua faccia anteriore fig. 1 nel luogo ove avvenne la consolidazione si notano:

1° L' apice conico rotondato lett. *e* con cui termina il frammento superiore del femore situato anteriormente ed esternamente al frammento inferiore, con parziale ma reale diminuzione della sostanza ossea e con notevole riavvicinamento delle antiche pareti dell' osso, per cui l' antica cavità midollare è rappresentata in gran parte dalla punta o apice del cono terminale lett. *e*.

2° Uno strato di sostanza ossea a superficie aspra e spugnosa lett. *f*, grosso due centimetri e alto cinque che riunisce in basso l' antica superficie interna e posteriore del femore con una porzione della superficie esterna ed anteriore del frammento inferiore: in alto lett. *l* la sostanza ossea interposta riunisce la parte posteriore della detta superficie del femore col midollo ossificato della porzione interna e libera della scheggia lett. *c* che gli sta di contro.

3° Il lato interno del detto femore nel luogo dove si formò la consolidazione è formato dal bordo anteriore della scheggia del frammento inferiore lett. *m* che come si è detto è volta dall' indentro al davanti. La parte inferiore della scheggia è solidamente riunita per sostanza ossea di nuova formazione e midollo ossificato della scheggia colla superficie interna del frammento inferiore e più in alto il midollo ossificato della scheggia si continua colla sostanza ossea di nuova formazione lett. *f* che si fonde colla sostanza ossea antica della superficie interna del frammento superiore. La porzione superiore della scheggia è interamente libera ed in questa parte pure si nota il riavvicinamento delle antiche pareti dell' osso, e

l' atrofia della sostanza ossea dalla quale risulta l' arotondamento degli angoli o spigoli ossei lett. *c* che doveva avere la scheggia quando la frattura era fresca. A questa atrofia parietale della porzione ossea della scheggia anche qui è congiunta l' ossificazione dell' interno midollo che rimase unito alla scheggia.

Guardando il detto femore nella sua faccia posteriore fig. 2 quello che ferma maggiormente l'attenzione dell'osservatore si è il modo col quale la grande scheggia si distaccò e si riunì poscia col frammento inferiore.

Nell' apice inferiore soltanto della scheggia lett. *g* avvenne una completa consolidazione fra le superficie parietali della scheggia e del frammento inferiore, e questo nel punto ove la scheggia conservò maggiori i rapporti di vicinanza col frammento.

In tutta la restante sua lunghezza essa si trovò più o meno distante dai due frammenti maggiori, coi quali però ora è in rapporto diretto di continuità mercè l' ossificazione del midollo. Dal lato posteriore del femore che ora si osserva, la consolidazione avvenne per ossificazione del midollo tanto della scheggia lett. *c* come del frammento inferiore, il bordo del quale lett. *i* in vicinanza al midollo ossificato mostrasi consunto e rotondato. I rapporti di unione del midollo ossificato della scheggia colla sostanza ossea di nuova formazione interposta al frammento superiore, sono già stati indicati esaminando il femore nella sua faccia anteriore, fig. 1, lett. *f*, *l*.

Praticata una sezione trasversa del detto femore nel luogo ove avvenne la consolidazione per vedere i rapporti interni dei detti tre frammenti, alcune delle fatte osservazioni restano meglio chiarite e cioè che è notevole il riavvicinamento fig. 3, lett. *d* delle pareti ossee verso l' apice del frammento superiore del femore, e che eov questa specie di accartocciamento ha luogo più sen-

sibilmente, ivi pure l' atrofia e assottigliamento lett. *d* dell' osso è maggiore. Che realmente solo il midollo lett. *f* del frammento inferiore venne a contatto col midollo della scheggia e che per midollo ossificato avvenne pure anche nell' interno la consolidazione della scheggia col frammento inferiore. La figura rappresenta la superficie di sezione dell' osso alla grandezza naturale. Si nota ancora che la consolidazione fra i due frammenti maggiori l' inferiore lett. *h* col superiore lett. *b* avvenne realmente per nuova sostanza ossea interposta lett. *a* che se questa può dirsi in genere sostanza ossea spugnosa, in alcuni luoghi però è vera sostanza ossea compatta come nel luogo ove i due frammenti erano più vicini fra di loro lett. *o*. La dêtta sostanza ossea spugnosa vedesi però anche più compatta nella sua parte più esterna ove forma lett. *m* come un arco di congiunzione fra le superficie dei due frammenti maggiori.

La continuazione diretta fra le superficie ossee dei due grandi frammenti colla sostanza ossea spugnosa e di nuova formazione che vi è interposta, è evidente dovunque, ma in modo più notevole ove osservasi più compatta la detta ossea sostanza lett. *o*.

I quesiti che mi sono sembrati emergere dalle osservazioni fatte sopra questo femore patologico e meritevoli di una qualche indagine ulteriore sono state le seguenti.

1° Si può egli avere ragione dell' intimo processo mercè del quale nelle estremità delle ossa fratturate che restano libere le pareti ossee si riavvicinano e a modo da chiudere l'antica cavità midollare come si è osservato all' apice inferiore del frammento superiore del femore in discorso ? Fig. 1 e 2, lett. *e*.

2° Coll' esame microscopico è egli possibile riconoscere il processo intimo mercè del quale le estremità libere dei

frammenti si fanno liscie e rotondate e danno luogo così a quel fatto complesso noto col nome di cicatrizzazione isolata dell' osso? Fig. 1 e 2, lett. *d*.

3° Dall' esame della consolidazione avvenuta fra i due frammenti maggiori, è egli lecito indurre come si formasse la nuova ossea sostanza interposta?

In quanto alla prima ricerca, anche la semplice ispezione sulla superficie della sezione fatta sul femore fig. 3 lett. *e d* mostra ad evidenza che nei luoghi ove è più marcato l' incurvamento, la sostanza ossea è meno compatta, più sottile e più bucherellata. La piegatura dell' osso avviene quindi ove è diminuita l' ossea resistenza delle pareti, e l' esame microscopico dell' osso nei detti luoghi dimostra che i canali Haversiani sono in generale più larghi ed esistono vere cavità midollari fig. 4 lett. *c* in mezzo all' ossea sostanza, in breve dove le pareti ossee si piegano si osservano i fatti notati dai patologi nella periostite rarefacente, mentre nelle porzioni dell'osso con queste continue, che conservarono la loro grossezza fig. 3 lett. *b* e non si piegarono, il lume dei canali Haversiani è ristretto, non vi sono lacune midollari, si notano in breve i fatti che si osservano nella così detta periostite condensante, per cui nella stessa sezione di osso si veggono vicinissimi due fatti interamente diversi e attribuiti alla stessa cagione dagli anatomo-patologi, e in una porzione di osso le cui condizioni sono identiche.

L' esame microscopico per la seconda indagine mi è sembrato di un qualche interesse, giacchè se ho trovato notato il fatto che nelle fratture con spostamento e nelle false articolazioni o pseudo-artrosi, i frammenti si cicatrizzano isolatamente e presentano una superficie rotondata (Rindfleisch p. 593) non ho trovato però che si cercasse di dare una ragione del processo pel quale la così detta cicatrizzazione ha luogo costantemente. Praticate

delle sezioni trasverse e longitudinali all' estremità libera della scheggia lett. *d*, ho osservato fig. 4 che il disfacimento più attivo della sostanza ossea avviene alla superficie esterna dell'osso, lett. *b*. Nei canali Haversiani più superficiali lett. *a* si disfanno senza riprodursi le lamine cominciando dalle più interne, per cui dai detti canali così distrutti, ne risultano delle cavità sinuose che altro non sono che le lacune così dette di Howship, si alterano poscia e si disfanno i corpuscoli ossei, resta la sostanza fondamentale dell' osso che acquista pei fatti sopradetti una struttura come festonata e a larghe maglie lett. *a c* che riveste tutta la superficie esterna dell' osso. La così detta cicatrizzazione, non è altro adunque che un processo atrofico e di disfacimento della sostanza ossea. Che questo sia un effetto di un alterata nutrizione nei frammenti si comprende assai facilmente, ma non si trova così facilmente la ragione del perchè il processo distruttivo si stabilisca più attivamente sulle ossee superficie che sono in diretto contatto col periostio. Se non avessi notata la poca importanza che per me hanno le parole periostite rarefacente e periostite condensante, si potrebbe dire che lo stato irritativo se non infiammatorio nel quale si trova il periostio che copre i frammenti, dà luogo ad una periostite rarefacente e così tutto sarebbe spiegato. Ma volendo pure trovare una qualche ragione del fatto, parmi che la sua causa efficiente e meccanica la più probabile si possa sospettare nello stato congestionale continuo che per più ragioni deve necessariamente stabilirsi nel periostio che cuopre i frammenti.

In quanto alla terza ricerca, troppi sono i fatti noti ai patologi nei quali le estremità allontanate di un osso fratturato si consolidarono fra loro per mezzo di sostanza ossea interposta, per cui si credette derivare il fatto, dalla attitudine che acquista il periostio a produrre dell' osso

alla sua superficie esterna. Questa proprietà patologica che acquista il periostio in quella che chiamano periostite ossificante fu chiamata da *Virchow* Parostosi: per questa, la tendenza a formare dell' osso e la facoltà di produrlo si comunica per una specie di contagio locale al tessuto congiuntivo che è in contatto immediato col periostio e con questo si spiega la formazione del nuovo osso interposto. Ho trovato che i più si contentano di questa spiegazione, la quale però a mio modo di vedere non insegna nulla oltre alla conoscenza di fattò che anche nel femore in discorso è evidente fra i due frammenti maggiori, limitando per questo l' indagine al pezzo che si ha sott' occhio, immaginiamo pure che la massa di sostanza ossea spugnosa fig. 3 lett. *a* abbia avuto origine per parostosi del periostio della faccia interna del frammento superiore del femore lett. *b* e da quella del periostio della faccia esterna del frammento inferiore lett. *h* e che il contagio ossificante si sia esteso al tessuto fibroso che ivi si trovava quando esisteva la pseudo-artrosi, egli è evidente che in questo stato di cose, mano mano che la sostanza ossea nuova si formava, il periostio nei detti luoghi si distruggeva e si distruggeva così completamente, che la sostanza ossea dei due frammenti si è posta in rapporto di continuità colla sostanza ossea nuova che in alcuni luoghi è del tutto compatta lett. *o*.

Si sarebbe adunque avuto l' impulso dall' antico periostio alla formazione dell' osso, ma la perfetta ossificazione sarebbe avvenuta quando il periostio non esisteva più! A parer mio quindi, per evitare la predetta contradizione, non può intendersi nè la formazione, nè il perfezionamento, nè la permanenza della sostanza ossea nuovamente formata se non si tiene conto di un altro fatto meglio evidente e cioè che il periostio è continuo e circonda e riveste completamente tanto i frammenti del fe-

more, come la nuova sostanza nel luogo ove si formò il callo deforme. Il vecchio periostio esterno adunque dei frammenti del femore lett. *i i* è continuo col nuovo periostio che cuopre la sostanza ossea di nuova formazione lett. *l l*, e alcuni esperimenti mi persuadono che è a questo nuovo periostio che si deve la potenza o il contagio ossificante degli elementi cellulari che col sangue in così grande copia si trovano nel grumo e si accumulano tutt' attorno al luogo dove avvenne una frattura. Non è quindi il coagulo come fu creduto che per se solo forma la sostanza ossea del callo, ma sono i materiali del coagulo che prestano la materia al nuovo periostio per trasformarli sotto la sua azione in osso, formando così una rapida e copiosa elaborazione di sostanza ossea nuova. Eccole colla fig. 5 una schematica dimostrazione di quanto ho affermato, che esperimentalmente si può seguitare ad ottenere con facilità. Colle lett. *a* rappresento due frammenti di un osso fratturato. La lett. *b* indica la sostanza che circonda le estremità fratturate che chiamasi callo molle. Alcuni giorni dopo avvenuta la frattura il vecchio periostio lett. *c* dell' osso fratturato, si continua e circonda tutta la superficie esterna del callo molle lett. *d*, è questo un periostio interamente neoformato, mentre il vecchio periostio dell' osso, che rimase compreso e sottoposto alla massa formata dal callo molle lett. *e* necessariamente resta distrutto durante il processo di ossificazione che invade il callo molle. Ora questi stessi fatti si possono rilevare avvenuti nel caso attuale quando attentamente si guardi la sezione trasversa del nostro femore.

Molto prima del *Billroth* nella mia memoria sulle fratture (1867), affermai la distruzione del periostio nel luogo ove si formava il callo osseo, e che quindi esso non ave-

va una parte attiva alla sua formazione. Questo illustre Chirurgo ha però aggiunto che a formare la neoplasia dalla quale risulta il callo, vi hanno parte l' osso e le parti circostanti ed insiste nell' affermare che la massa cellulare che circonda le estremità fratturate è fornita dal processo infiammatorio che si stabilisce nell'interno dei canali dell' Havers. E che questo non avvenga nessuno può con sicurezza impugnare, quando in appoggio della dottrina si citano solo esperimenti nei quali non si può ottenere soluzione di continuità di un osso senza che nel tempo stesso non avvenga uno spandimento di materiali liquidi, e quando esaminando dopo alcuni giorni una frattura, si trovano i canali dell' Havers pieni di quelle cellule che formano la massa fusiforme o callo molle attorno alle estremità fratturate.

In questi casi manca ogni criterio per conoscere fra questi elementi che costituiscono il callo molle quelli che provennero dai canali d' Havers, da quelli che provennero dai globuli bianchi del grumo, o dai globuli bianchi che direttamente uscirono dai vasi circostanti per il processo infiammatorio determinato dalla frattura.

Ma senza citare ora i numerosi casi che ho raccolti in animali di fratture consolidate con spostamento, nelle quali non si vide alcun lavorio alle estremità libere dei frammenti, per cui non si può credere che il materiale che formò il callo fosse fornito dai canali Haversiani, parmi più dimostrativo per infermare la dottrina del *Billroth* lo accennare ai fatti di fessure ossee che la patologia comparata offre con molta frequenza agli osservatori. In questi casi si può misurare con esattezza l' importanza ed il valore del processo morboso che si stabilisce nei canali di Havers indipendentemente dallo stravaso o grumo che non avviene fra le superficie ossee divise ma

non allontanate e con questo la mancanza ancora del nuovo periostio che si forma attorno al callo molle che si metta in continuità coll'antico periostio dell'osso rotto. Nei casi di fessura le ossa secondo *Billroth* si dovrebbero trovare nelle condizioni le più favorevoli perchè la consolidazione avvenisse. I canali Haversiani divisi non hanno perduti i loro rapporti, e mancando il versamento, può valutarsi con precisione l' azione loro essendo completamente isolata. Ora egli è in questi casi che la consolidazione non solo non avviene mai, ma sulle superficie divise dell' osso si stabilisce un processo di disfacimento per cui la fessura sempre più si allarga, fino a che perduta per questo la forza di resistenza l' osso fessurato si frattura completamente.

Quando le fessure durano qualche tempo, si nota ancora ai lati della fessura ove la sostanza ossea si distrugge, che nuova sostanza ossea si forma sulla superficie esterna dell' osso in vicinanza della fessura, il che parmi voglia dire ossificazione degli elementi cellulari derivati dai globuli bianchi usciti dai vasi del periostio infiammato per la divisione o lesione patita ove l' osso si fessurò. Nessuna potenza ossificante nel luogo ove il periostio restò leso, nessuna potenza ossificante negli elementi forniti dal periostio interno dei canali di Havers infiammati come nelle fratture complete, per soluzione di continuità.

Resterebbe ora a cercare se dall' esame del fatto che si è studiato, si potessero raccogliere dati probabili per indagare il processo mercè del quale i tre frammenti si consolidarono fra di loro.

Intorno alla consolidazione avvenuta fra i due frammenti inferiori è posto parmi fuori di ogni dubbio, che il fatto avvenne per ossificazione del midollo e che a questo vi prendesse parte anche l' elaborato dei canali

Haversiani secondo la dottrina di *Billroth,* non si può ora con sicurezza negare, ma se si pone mente al consumo e atrofia, o cicatrizzazione che dir si voglia, dei bordi marginali dei due frammenti fig. 2, lett. *i c* si ha argomento sufficiente per ritenere che i canali Haversiani non presero parte attiva nella consolidazione fra i detti due frammenti la quale avvenne per trasformazione delle cellule midollari in cellule ossee.

La consolidazione per midollo ossificato avveniva fra i detti due frammenti, quando per mancanza di ogni processo riparatore non si formava il callo fra il frammento superiore e gl' inferiori e si stabiliva per questo la pseudo-artrosi che per dati sicuri si conosce che durò circa sei mesi e che dopo 40 giorni dalla praticata operazione il callo osseo era completamente formato da permettere di poi all' infermo l' uso intero dell' arto.

Per lo stato attualmente ancora persistente nelle parti si ha la certezza, che coll' atto operativo non si produsse alcuna nuova frattura, solo anche parziale o nell' uno o nell' altro frammento, per cui si è sicuri che la consolidazione non avvenne per formazione artificiale di un callo come si forma nelle ordinarie fratture. Non ebbe luogo neppure per un processo infiammatorio stabilitosi nei canali Haversiani sulle estremità divise degli antichi frammenti perchè su questi, notevoli e manifeste sono ancora le traccie dell' antica cicatrizzazione e per altra parte emerge con evidenza dal fatto che la consolidazione avvenne per nuova sostanza ossea interposta, la di cui formazione ed elaborazione deve stare necessariamente in rapporto coi fatti nuovi che si produssero nella parte mediante l' atto operatorio.

Se io non avessi in precedenza dubitato forte di quel processo che dai patologi è distinto col nome di paro-

stosi, il mio compito sarebbe ora facilissimo. — Ella col processo adoperato avrebbe determinato la parostosi sulle superficie del periostio dei frammenti che ora si trovano a contatto e da questa la produzione della nuova sostanza ossea che ora si osserva e tutto sarebbe finito, ma non avendo accolto la spiegazione che si dà e può darsi così per questo come per altri fatti analoghi, così mi permetta di dirle che io credo che coll' atto operatorio Ella fece qualche cosa di più che destare una anomala irritazione del periostio ossia la parostosi.

Io non posso immaginare quali e di quale natura fossero i rapporti che esistevano fra i frammenti durante il periodo della pseudo-artrosi, ma fossero essi di qualsivoglia natura, per me poco monta il cercarlo e direi anche il saperlo, perchè io non saprei intendere il fatto avvenuto se Ella col processo adoperato non avesse prodotta una qualche lacerazione parziale o totale, ma tale da permettere o produrre una essudazione copiosa od uno stravaso fra i due frammenti, per cui ebbe luogo quel doppio processo, distruttivo del periostio nei luoghi ove questo si trovò a contatto coll' essudato o col grumo, e rivestimento esterno di questo materiale col nuovo periostio che si mise in comunicazione col periostio vecchio dei frammenti, che tolto all' azione di contatto del materiale versato rimase intatto. In breve io non potrei ora ripetere se non quanto superiormente le ho detto esaminando la sezione trasversa del femore in discorso fig. 3. La lett. *l* indica per me il luogo dove si formò il nuovo periostio e la lett. *a* il materiale versato che potè diventare quale è sostanza ossea per l' azione ossificante del nuovo periostio che si era formato. La consolidazione della pseudo-artrosi avvenne quindi per lo stesso processo di consolidazione che si effettua nelle fratture semplici e che più sopra rappresentai schematicamente.

Ma io ho troppo abusato della sua cortesia e non mi resta che ringraziarla e sottoscrivermi quale ho l' onore di dirmi

Li 20 Febbraio 1874

Suo Devotissimo
G. B. Ercolani »

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

Anno Accademico 1873-74

3ª Sessione ordinaria, 20 Novembre 1873

L' Accademico pensionato Cav. Prof. *Giovanni Brugnoli*, legge una sua Memoria che ha per titolo — *Sulla cura dell' empiema. Storia e considerazioni.* — L' Accademico nell' anno precedente aveva dimostrato con quanto vantaggio la toracentesi capillare potesse adoperarsi per la cura degli essudati pleuritici: volgendo ora le sue indagini sull' empiema osserva che se fino dai remoti tempi i medici erano concordi nell' affermare che senza togliere dal cavo toracico il liquido purulento, la guarigione degli infermi affetti da empiema non poteva sperarsi, concordano pure anche oggi i moderni nell' affermare che l' atto operatorio necessario al fine, non offre nel più dei casi che una risorsa insufficiente ed incerta, che anzi in molte circostanze abbrevia la vita dei poveri infermi, tanto che il *Dupuytren* in 50 casi operati ebbe 48 morti, ed altri valentissimi non ebbero un sol caso favorevole.

Uno studio però attento delle condizioni che possono rendere proficua una tale operazione, come di quelle nelle quali non si può nutrire alcuna buona speranza è stato condotto dai moderni con tanta cura, che già si contano non pochi fattI nei quali la toracentesi per empiema fu adoperata con felicissimi risultati. Non sono però concordi i pratici intorno alla determinazione della vera causa produttrice dei buoni risultamenti ottenuti, ed anzi è così notevole la discrepanza in proposito, ed i fatti clinici che favoriscono l' uno o l' altro modo di giudicare sono così scarsi, che al dire dell'Accademico la pratica medico-chirurgica aspetta ancora una definizione relativamente al metodo ed alla via da seguire nella contingenza di empiema

Avendo l' Accademico avuta occasione di curare parecchi casi di empiema e di avere ottenuta la guarigione in due gravissimi nei quali sollecitamente operò, dopo avere colla puntura capillare confermata la diagnosi di empiema, espone minntamente la storia dei più importanti casi clinici da lui curati coll' intendimento di aggiungere alcuni materiali che preparino la soluzione definitiva delle dibattute quistioni.

I fatti clinici, conclude l' Accademico, che vi ho esposti mi sembra che ben chiaramente mostrino quali e quanti vantaggi nella cura dell' empiema da causa interna si possono ottenere dalla toracentesi capillare, specialmente poi se mettiamo a calcolo la necessità di dare esito alle materie purulente raccolte nel pleurico; la difficoltà di stabilire con sicurezza la diagnosi differenziale fra l' empiema ed un essudato solido, un carcinoma, un echinococo, od altro tumore del pulmone o delle parti annesse e se mettiamo a calcolo la innocuità, e la semplicità dell'atto operativo della puntura capillare del torace, come ebbi a dichiarare nella Memoria che l' anno scorso ebbi l' onore di leggervi. Per la qual cosa io non credo di null' altro dover aggiungere su questa parte dell' argomento.

Ma la puntura con sottile trequarti certamente non basta alla cura di questa grave morbosità, e ritengo che sieno da porsi fra le eccezioni i casi di guarigione del genere di quelli riferiti da *Guerrin* e di quello della mia 3ª osservazione. Tuttavia talvolta è lecito sperare anche nelle eccezioni alla regola ordinaria a starne quindi in aspettativa.

Quando però il cavo sia vasto io sono d' avviso che sia necessario ricorrere presto ad altro espediente. Ed allora ci vengono innanzi diversi metodi sui quali far cadere la scelta. Non parlerò della trapanazione di una costola per dar passaggio alla cannula di metallo perchè mi sembra metodo già solo rimasto nella storia dell' arte. Sul tubo a

drenaggio posto nel foro del trequarti in oggi tanto raccomandato dal *Chaissagnac* avrei ad emettere il timore della infiltrazione del pus nelle pareti toraciche, quando non fosse fenestrata soltanto la parte che pesca nel cavo. La contro apertura dall' interno all' esterno tanto desiderata dal Prof. *Baccelli* e da potersi eseguire come bene proponeva l' illustre nostro Prof. *Rizzoli* colla siringa con asta a dardo ch' egli adopera per la puntura del meato uretro-vescicale chiuso, non so sia stata messa in pratica e con quale successo. Per cui i due metodi che si contendono il primato restano a mio avviso, la larga incisione, cioè l' antica operazione dell' empiema e questa viene raccomandata dagli splendidi risultati ottenuti in questi ultimi tempi dal Prof. *Rizzoli*, dal *Romei*, dal *Montard-Martin* e da altri ancora; e la puntura coll' introduzione di un tubo di gomma elastica pel quale vuotare e lavare il cavo suppurante, come provano i fatti di guarigione pubblicati dal *Baccelli*, dal *Cattaneo*, dall' *Orsi*, e le due istorie da me riportate. Io ritengo però che la preferenza non debba essere assoluta ma relativa alla specialità del caso; quando sianvi materie solide da uscire, quando non si possa ottenere con facilità l' intero svuotamento del cavo, quando la suppurazione si renda abituale, sia di necessità il ricorrere alla larga incisione. Come medico mi attenni al foro soltanto, e la guarigione ottenuta completa neanche in tre mesi, me ne rendono soddisfatto. Non tacerò che in ogni metodo le iniezioni antisettiche saranno indispensabili e credo che assai a questo mezzo si debba il buon esito della ottenuta e relativamente sollecita guarigione.

4ª Sessione ordinaria, 27 Novembre 1873

L' Accademico pensionato Prof. *G. B. Ercolani* legge la sua memoria d' obbligo che ha per titolo — *Sulla Dimorfobiosi o diverso modo di vivere e riprodursi sotto duplice forma di una stessa specie di animali.* — L' Accademico cercando di rischiarare l' oscuro argomento che riguarda la trasmissione dei vermi nematodi nel corpo dell' uomo e degli animali, potè rilevare il fatto che dalle uova di alcuni nematodi intestinali spettanti ai generi Ascaris, Strongylus e Oxyuris, nascono generazioni di esseri che vivono e si riproducono allo stato libero, con forme specialmente riguardo alla mole del corpo grandemente diverse da quelle dei genitori dai quali provennero. A questo modo duplice di

vivere di una stessa specie di animali dette nome di Dimorfobiosi. Le osservazioni dirette sopra diversi nematoelminti intestinali, furono più da vicino continuate sulle Ascaris inflexa e vescicularis dei gallinacei le quali allevate in grande copia nella fase di loro vita libera e sotto forme microscopiche presentarono il fatto singolare di non ritornare ascaridi a qualsiasi grado di sviluppo fossero riportate nell' intestino delle galline, restando i piccoli vermi in breve tempo digeriti dai pulcini ai quali in grandissima copia erano stati somministrati.

Sospettò l' Accademico che per compiersi il ciclo della vita in questi animali, sotto forme così disparate ed in condizioni così diverse, dovessero le ascaridi viventi nella vita libera, passare nel corpo di un qualche insetto o nell' interno di qualche pianta, per prepararsi a poter vivere la vita di vermi intestinali date le opportune circostanze.

Dirette le osservazioni dietro questo ordine di idee, trovò fra di noi assai frequentemente un nematode agamo che vive nella tromba della mosca comune, ma ciò che più monta trovò che una malattia della canepa detta dagli agricoltori Calzone era prodotta da nematoelminti microscopici, che a seconda della località della pianta nella quale si trovavano le stesse specie, erano o agame, o fornite degli organi genitali esterni ma infeconde. Mutando le condizioni della vita e dell' alimento, rese feconde le specie raccolte nella canepa malata e ne ottenne così la loro perfetta riproduzione.

L' Accademico richiama alcune sue antiche osservazioni sulle Ascaridi nigrovenose e sullo Strongilo auricolare, e per le prime riconferma che allevate nell' acqua restano completamente agame, mentre il *Leuckart* le ottenne feconde allevandole nel sangue di rana, e riportando i piccoli nati nel pulmone delle rane, riebbe le ascaridi, e come il fatto osservato dal *Leuckart* era tenuto come unico e singolarissimo in natura, così l' Accademico lo connette colle sue osservazioni e cerca quali differenze fino ad ora si possano notare nei fatti conosciuti di Dimorfobiosi chiamando l' attenzione dei Zoologi sul fatto, insegnato dallo *Schneider* e cioè che le ascaridi nigrovenose allevate nel sangue non riproduconsi alla seconda generazione.

Da molti illustri osservatori erano stati osservati nematoelminti con forme microscopiche e viventi la vita libera, e come non fu sospettato da alcuno che derivassero da vermi intestinali e rappresentassero una fase della loro vita libera, così l' Accademico richiama l' attenzione dei Zoologi sui generi Anguillula, Rahbditis, Leptodera, Pelodera e Agamonema che a suo credere debbono essere cancellati dalla Zoologia meto-

dica, la scienza dovendo oggi ricercare quàli sono i nematoelminti intestinali che sono rappresentati da quegli esseri che furono riferiti ai predetti generi di animali.

I fatti di Dimorfobiosi raccolti e studiati dall' Accademico lo conducono da ultimo a considerare se la qualifica di specie appartenga ai nematoelminti viventi la vita libera o invece ai nematoelminti intestinali, e da queste considerazioni è condotto a credere, che la qualifica di specie appartiene a quelli che vivono la vita libera e si riproducono completamente bastando a lori stessi e che i nematoelminti intestinali per la loro vita meno completa e perfetta, non potendo essere considerati come la specie tipica, debbonsi ritenere come bello esempio di trasformazione della specie, dovute forse in parte e alle anomale condizioni nelle quali alcuni individui della specie si trovano (Agamia completa o solo infecondità completa per mancanza di organi genitali interni), e in parte al fatto che in condizioni di imperfetto sviluppo sono introdotti nel corpo di quegli animali che offrono le condizioni favorevoti al loro sviluppo come intestinali.

Quale sia precisamente la condizione che favorisce la trasformazione dei nematodi microscopici viventi la vita libera in intestinali con forme alcune volte gigantesche, non è per anche nota, ma una condizione specialissima non può essere posta in dubbio, se l' esperienza diretta dimostra che il ciclo della vita in questi esseri non si compie direttamente fra i figli ed i padri.

L' unica osservazione del *Leuckart* pare contradica a queste osservazioni, ma pensando che l' esperimento da lui fatto riesce, quando i piccoli nati ed allevati alla vita libera forse per l' eccessivo nutrimento sono già resi infecondi, la contradizione fra le osservazioni dell' Accademico e quelle del *Leuckart* sarebbe solo apparente e non reale.

5ª *Sessione ordinaria, 4 Dicembre 1873*

L' Accademico pensionato Prof. *Francesco Selmi* legge una sua memoria — *Sul metodo generale di estrazione delle sostanze venefiche dai cadaveri* — indicando specificamente quale sia la condotta da tenere, quali le operazioni da fare precedere, e quali da far susseguire acciò le sostanze rimanenti non abbiano da soffrire alterazione durante le indagini antecedenti. Cominciando dall' *acido cianidrico*, seguono ordina-

tamente la ricerca del *fosforo*, degli *acidi fosforoso* ed *ipofosforoso*, degli *alcaloidi*, dei *glucosidi*, dell' *arsenico*, del *mercurio*, dell' *antimonio*, dello *stagno*, e del *rame*.

Descrive nuovi apparecchi e nuovi spedienti coi quali conseguire più sicuramente lo scopo propostosi, applicando di mano mano i mezzi nuovi che venne escogitando negli anni addietro per alcune ricerche particolari e che comunicò all' Accademia. Aggiunge come, col metodo in discorso si giunge a guadagno notevole di tempo, rispetto a quello che l' *Otto* pubblicò nella sua *Istruzione*, e da meggior certezza di risultati.

I minuti particolari occorrenti per la esecuzione pratica di un tal metodo, su cui il Prof. *Selmi* si trattenne nella sua Memoria, impediscono che l' argomento possa ridursi in breve sunto, e perciò ci fu giuocoforza restringerci ai presenti cenni indicativi.

6ª Sessione ordinaria, 11 Dicembre 1873

In quest' adunanza legge l' Accademico pensionato Cav. Dott. *Paolo Predieri* la sua Memoria d' obbligo, cui ha dato il titolo di — *Notizie storiche sul Baco da seta, e la sericultura.* —

Premessa la esposizione delle antiche tradizioni storiche sulla origine dell' industria del baco da seta nella China, e riferiti, all' appoggio del *Rosny*, i diversi passaggi di essa presso le altre nazioni dell' Asia, null' ostante i rigorosi divieti del Governo Chinese, l' Accademico ricorda ciò che *Aristotile* lasciò scritto di un baco da seta a lui portato con tanti altri animali, dall' India e dalla Persia, in occasione della spedizione del suo discepolo, il magno *Alessandro*. Non crede però che un tale baco possa dirsi l' attuale della seta che noi coltiviamo; inquantochè *Aristotile* scrisse chiaramente di esso *primum fit eruca, dein bombylius, ex eo necydalus: sex menses has omnes formas mutat.* Essere quindi con molta probabilità un altro baco, che produce esso pure un filo setiforme, ma di specie diversa dal bombice del moro-gelso; poichè compie la sua vita in sei mesi, anzichè in due siccome del nostro avviene.

Riferitesi pure dall' Accademico le notizie bibliche che risguardano l' uso della Seta in Assiria, ed in Grecia prima di *Alessandro*, ricorda che nei tre secoli dopo di questo nessun scrittore fa menzione del baco da seta, nè dell' arte sua in Roma. Solamente scorgesi da qualche paro-

la di *Strabone*, e da alcune altre di *Orazio*, e di *Varrone* che i ricchi romani soltanto potevano fare uso di drappi di Seta, ma specialmente di Gàze di Coo, cotanto illustrate dalla sua inventrice *Panfiglia*. Però il grande costo di questa merce, ne impediva l' uso molto esteso, poichè dovevasi pagare a peso d' oro; tantochè continuando sempre il caro prezzo, l' Imperatore *Marco Aurelio* rifiutossi di comprarne per la consorte sua *Severina*, esprimendosi colle parole riportate dallo storico *Vopisco — absit ut auro filo pensentur. —*

L' Accademico crede pure che per una più chiara intelligenza delle malattie riferibili al baco da seta, ed al progressivo miglioramento delle specie, si debbano esaminare ben tutte le cose che ponno avervi relazione, ma specialmente li tre periodi storici più salienti, benchè lontani fra loro, che però non sono per anche bene conosciuti; e cioè quello che risguarda l' ingresso del baco, e della sua industria dall' Asia in Costantinopoli, ed in Grecia. Quello che si riferisce alla venuta del baco da seta in Italia, anzi in Sicilia, portatovi dai predetti paesi: indi doversi esaminare le cose che ponno risguardare l' allevamento del baco, e la industria del setificio, diffusasi in breve tempo nelle altre provincie d' Italia, e dell' Europa meridionale; poichè tuttociò che al baco da seta, ed alla sua arte si riferisce, debbono gl' italiani agricoltori bene conoscerlo, e studiarlo. La seta difatti si è per l' Italia il principale, e più lucroso prodotto che agl' italiani di tutte le Provincie, vi apporta rendite maggiori di ogni altra nazione.

In quanto alla prima parte crede che lo storico *Procopio*, sia quello che meglio di *Teofano*, e di *Zanara*, abbia detto il vero, con più chiarezza ed estensione. Nel suo libro (*de bollo Gatorüm* IV, 13) vi ha letto le principali notizie sul fatto memorabile nella istoria della seta; quello cioè dei due monaci di S. Basilio, inviati in Persia, e nell' India däll' Imperatore *Giustiniano* primo, col fine di apprendervi la cultura del baco da seta, e ritirarne la preziosa semente di esso, onde liberare i suoi popoli da un così vistoso dispendio. Poichè in quanto all'arte del setificio, eravi già nota in Grecia, ed in Coo fino dai tempi di *Alessandro*, sebbene si dovesse di continuo acquistare il filo a peso d' oro, dall' India, e dalla China, per mezzo degli arabi che dal mar rosso a quei lidi navigavano; e mediante le Carovane dell' Assiria, che dall' India, e dalla Persia provenivano.

Introdottosi difatti in Costantinopoli il seme del baco da seta nell' anno 552 dell' era volgare (secondo che ne assicura anche il *Gibbon* Tom. VII, pag. 269) dai predetti monaci ritornati dalla Persia, ove era-

vi coltivato da vari secoli, ed insegnatosi dai predetti il metodo di farlo nascere, ed allevarlo, per ottenere il filugello, ed estrarne da quello il filo occorrente alle stoffe di seta, se ne estese ben presto la industria in tutta la Grecia; tantochè il Peloponese cambiò il nome suo in Morea, appunto per essere quel territorio ripieno di mori-gelsi.

Ma come dalla Grecia passassero la cultura del Baco, e le manifatture della seta in Italia, ed in Europa non è ben noto. Pare però, dice l' Accademico, che la più probabile sia la opinione di *Ottone* di Frisinga, esposta in un documento da lui letto nella dissertazione trentesima delle *antichità italiane*, riferiteci dal *Muratori*, il quale (nel lib. 1° cap. 33 de Gestis Friderici) scrisse che *Ruggieri* Re di Sicilia nell' anno 1148, avendo spedita la sua flotta contro dei Greci, prese Corinto, Tebe ed Atene — *Maxima praeda direpta opifices etiam qui sericos pannos texere solent, ob ignominiam Imperatoris illius, suique Principis gloriam captivos deducunt. Quas Rogerius in Palermo Siciliæ Metropoli collocans, artem illam texendi suas edocere praecepit. Et ex hinc praedicta ars, illa prius a Grecis tantum inter Christianos habita Romanis coepit patere ingeniis.*

Dopo avere discorso delle predette due epoche memorabili, narra il *Predieri* come la cultura del baco, ed il setificio al cominciare del secolo XIII, passassero in Lucca, che fu fra le prime città a coltivarlo con estensione e profitto. L' emigrazione di lucchesi prodotta dalle fazioni Guelfe e Ghibelline fu causa che molti profughi apprendessero in Palermo il setificio, e col ritorno loro in patria vi portassero le uova dei Bachi, e le cognizioni opportune del setificio; tantochè i Lucchesi nella metà di quel secolo, furono i primi fabbricatori, e commercianti di un tale articolo nell' Italia centrale. Riaccese le fazioni politiche, dovettero molti lucchesi emigrare dal paese nativo, e portare seco l' arte del setificio nelle vicine città di Modena, e di Bologna, poichè anche in Toscana erasi diffusa questa industriosa cultura.

E qui il disserente, ammessa la parte storica generale, si occupa ad esporre quello che ha trovato scritto in un autografo di *Giovanni Fantuzzi*, storico bolognese assai riputato; ove leggesi, essere stato un certo *Borghesano* il profugo lucchese che portò in Bologna il Setificio; poichè la cultura dei bachi eravi già conosciuta da molti anni; abbenchè i bolognesi dovessero venderli alla vicina Toscana. Il *Borghesano* diffatti, al dire del predetto *Fantuzzi*, estese la cultura dei bachi, e quindi costruì un primo filatoglio fuori Porta Castiglione, e poco appresso il figlio suo ne innalzava un secondo poco entro quella porta; e così di seguito altri

molti, fino al numero di circa trecento che tal era in Bologna il numero dei detti opifici nel secolo XV, con immensa quantità di operai, e tessitori di veli crespi che vi si occupavano. L' autore chiude la sua narrazione storica, ricordando agli Accademici che la prima operetta pubblicata *Sul Baco da Seta* in Europa, si è stata quella del *Tesoro dei rustici di Paganino Bonafido* che nel 1360 la scrisse in dialetto bolognese, appunto perchè ogni suo concittadino potesse comprenderla, e quindi con nuove e più estese culture di bachi, accrescere utile e decoro alla patria comune.

7ª *Sessione ordinaria, 18 Dicembre 1873*

L' Accademico pensionato Prof. *Emilio Villari* legge una sua Memoria che ha per titolo — *Sulla diversa tensione delle correnti elettriche indotte fra circuiti totalmente di rame od in parte di ferro.* —

Di questa Memoria l' Accademico aveva presentato un breve sunto alla fine della passata sessione, il quale fu pubblicato per *prender data* nel resoconto dell' Accademia dello scorso anno; rimandando a questo il lettore ci limitiamo a riportare ora solo le ultime conclusioni alle quali l' Autore è pervenuto coi suoi ulteriori studi. Esse possono riassumersi così:

1. Il ferro presenta alla corrente elettrica interotta od invertita una resistenza maggiore che alla corrente continua.

2. La durata dello stato variabile della corrente nel ferro è maggiore che nel rame e specialmente se il ferro è percorso da correnti in opposte direzioni.

3. Che per quest' aumento della durata dello stato variabile la corrente interrotta da una corrente che passa pel ferro è, a parità di condizione, di minor tensione di quella indotta da una corrente che passa solamente pel rame.

4. La tensione della corrente indotta dal rame sul ferro è parimenti di minor tensione di quella indotta dal rame sul rame. Questi fenomeni si riferiscono alla corrente indotta di chiusura e sono più manifesti se la corrente primaria si inverte ciascuna volta.

5. L' azione del ferro aumenta con la lunghezza dei fili, aumenta con l' intensità della corrente fino ad un certo limite coincidente forse

col massimo di magnetismo del ferro ed è quasi indipeudente dalla grossezza dei fili medesimi.

6. La tensione della corrente di interruzione è maggiore fra circuiti totalmente di rame che fra circuiti parzialmente di ferro.

7. Tutti questi fatti tengono alla generazione del magnetismo trasversale del ferro percorso da una corrente, per lo che ritarda lo stabilirsi del flusso elettrico che lo invade.

Dopo questa lettura l' Autore presenta all' Accademia e descrive un inversore automatico a mercurio da lui immaginato. I vantaggi che questo apparecchio presenta sono i seguenti:

1. Le oscillazioni del bilanciere e perciò le inversioni sono di uguale durata.

2. Il numero delle inversioni può variare entro limiti abbastanza ampi.

3. Esso si può adoperare come interuttore semplice e come inversore.

4. Le chiusure si fanno col mercurio e platino e perciò sono perfette.

5. Le interruzioni si fanno sul mercurio che può coprirsi con vari liquidi onde sminuire la scintilla di apertura.

6. La durata della chiusura può variare relativamente alla apertura rimanendo costante il numero delle interruzioni a secondo.

7. Finalmente, l' inversore è messo in moto da una elettro-calamita, la quale viene animata da una corrente indipendente da quella che deve essere invertita od interotta.

8ª Sessione ordinaria, 8 Gennaio 1874

Il Prof. *Luigi Calori* offre il suo penso accademico consistente nella descrizione anatomica di — *tre anomalie del Cervello* — corredata di figure illustrative distribuite in due Tavole. Delle quali anomalie due vanno di conserva con anomala disposizione dei processi della dura meninge, e tutte tre non avrebbero potuto argomentarsi dalla semplice ispezione esterna del cranio, avvegnachè questo non presentasse deformità atte e valevoli a farnele sospettare.

La prima di tali anomalie fu trovata dall' Accademico in un feto a termine nato vivo e vissuto poco più di un giorno. Questo feto era esquisitamente dolicocefalico, ed aveva una conformazione cerebrale ritrante

quella del cervello di un embrione di due a tre mesi, e di fatto il cervello non presentava le sue tre principali porzioni soprapposte come nel feto novimestre, ma collocate in serie l' una dietro l' altra. Il cervello anteriore o cervello propriamente detto, già partito negli emisferi e poverissimo di circonvoluzioni, mancava della regione posteriore dei lobi parietali, ed interamente degli occipitali, e non oltrepassava la metà della regione parietale, sedendo però sulle fosse anteriore e media della base del cranio. Il cervello medio, od eminenze quadrigemine rappresentano un' enorme vescica, piena di umore sieroso, ciò è dire idropica, occupante la metà posteriore della regione parietale e l' angolo lambdoideo. Il cervelletto infine era sopragrande, e passava nella parte superiore della porzione lambdoidea. Il processo crociato della dura meninge non era più a croce, ma a modo della lettera romana T coricata colla lunga asta od asta longitudinale rivolta in avanti e rappresentante la grande falce, la quale si arrestava alla metà della sinimensi sagittale; coll' asta orizzontale poi formava un tentorio collocato nella parte media del cranio ed interposto non più al cervello ed al cervelletto, ma al cervello ed alla vescica dei tubercoli quadrigemini. Al di dietro di questo tentorio anomalo non avea più verun altro processo della dura meninge. Se le anomalie del cervello trovano un riscontro in quello di un embrione umano di due a tre mesi, non che degli uccelli e dei vertebrati inferiori, non così le anomalie del processo crociato, non essendovi alcun' epoca embrionale in cui abbia un processo della dura meninge fra il cervello anteriore ed il medio, nè alcun vertebrato che presenti una tale disposizione.

Le modificazioni offerte dal cervelletto nella duplicità della piccola falce costituiscono la seconda anomalia descritta dall' Accademico. Queste modificazioni sono larghezza molto maggiore dell' ordinaria nella parte media o verme del cervelletto, e soprattutto nella piramide e nel verme inferiore: emisferi cerebellosi meno estesi trasversalmente, e ben divisati nei varii lobi che vi distingoono gli anatomici: infine amigdale molto voluminose. L' anomalia fu trovata in un uomo brachicefalo ortogonato, di 74 anni, sensale di professione, morto di pneumonite doppia nello Spedale della Vita. Nulla di anomalo quanto alla intelligenza ed ai costumi. Il cervello di questo individuo pesava 1197 grammi, de' quali 160 appartenevano al cervelletto, alla midolla allungata ed al nodo conservati riuniti insieme.

La terza anomalia consiste in uu caso di mancanza congenita del corpo calloso con integrità delle funzioni mentali osservata in un ragaz-

zo di 17 anni perito di tubercolosi polmonale subacuta nello Spedale della Vita. Questo ragazzo faceva il falegname, nè si distingueva nell' esattezza de' suoi lavori e nelle altre cose riguardanti all' intelligenza dagli altri ragazzi della sua età. Tartagliava un poco, ed aveva il vizio di pisciare tutte le notti in letto. Era di temperamento scrofoloso. Tagliando il cervello si trovò mancare il corpo calloso in un col setto lucido. Mancava del pari la circonvoluzione che gli anatomici denominano dal detto corpo, e le circonvoluzioni della faccia interna degli emisferi del cervello, corrispondente al lobo parietale avevano tutte una direzione trasversa; in genere poi le circonvoluzioni avevano un sufficiente sviluppo. Il cervello di questo individuo pesava 1169 grammi così ripartiti: 1007 appartenevano agli emisferi cerebrali, 137 al cervelletto, e 25 alla midolla allungata ed al nodo. Sì nel cervello come nel cranio aveva alquanta assimetria. Il loro tipo era intermedio od ortacefalo. Pensa l'Accademico che la mancanza del corpo calloso non dipendesse dallo stato delle circonvoluzioni, ma dalla deficienza della sostanza grigia propria di esso corpo e del centro ovale di Vieussens.

12ª Sessione ordinaria, 5 Febbraio 1874

L' Accademico pensionato Prof. *G. B. Ercolani* comunica alcune sue osservazioni — *Sulla decidua uterina nei casi di gravidanza extrauterina nella donna.* — Gli anatomici e gli ostetrici erano concordi nel credere che la grossa decidua che si osserva nei predetti casi non presentasse differenze colla decidua uterina normale delle gravidanze fisiologiche. L' Accademico istituì le sue indagini sopra due casi di gravidanze extrauterine generosamente donategli dal chiarissimo Sig. Comm. Prof. *Rizzoli.* La morte colpì le donne nelle quali il concepimento era avvenuto fuori dell' utero in epoche abbastanza lontane, per cui ebbe agio per queste di studiare la così detta decidna nelle sue prime fasi di sviluppo e completamente sviluppata.

Premesse alcune particolarità anatomiche sulla struttura dell' utero nella donna nelle sue diverse fasi di sviluppo, ferma più specialmente le sue indagini ad indicare le differenze che si incontrano nello strato muscolo-glandulare nell' utero della donna a seconda dell' età e a dimostrare come in tutte le fasi dello sviluppo dell' organo, non esista

nell' utero una membrana mucosa nello stretto senso anatomico della parola, essendo tutta la sua superficie interna ricoperta da un semplice strato epiteliale la di cui esile membranella di sostegno poggia direttamente sui fasci muscolari del tessuto uterino.

Descrive poscia la struttura anatomica delle due decidue uterine in casi di gravidanza extrauterina, notando le profonde permutazioni che avvengono in tutto lo strato muscolo-glandulare dell' utero, per dimostrare che nei predetti casi è la porzione materna della placenta che si forma sulla superficie interna dell' utero. Le fatte indagini sono riassunte dall' Accademico nelle seguenti conclusioni.

1. L' erettismo nel quale entra l' utero della donna dopo il concepimento dà luogo nei suoi primordi ad una neoformazione su tutta la superficie interna dell' utero. Codesta neoformazione è quella che ebbe nome di decidua o caduca uterina nei casi di gravidanza normale. Fino a che non fu noto che questa decidua fisiologica rappresentava nei suoi primordi di sviluppo il processo neoformativo della porzione materna della placenta che è esteso a tutta la superficie interna dell' utero, gli anatomici e gli ostetrici restaro incerti nel determinare l'origine e l'uso di questa che credettero una membrana.

2. Tutta la superficie della caduca nei primi momenti della gravidanza normale, ha e deve necessariamente avere la potenza virtuale di dar luogo alla formazione della placenta, e questa si formerà solo per rigogliosa proliferazione degli elementi neoformati, nel luogo non determinabile ove si soffermerà l' uovo; su tutta la rimanente caduca il processo neoformativo allora si arresta ed è questa la caduca che permane fino alla fine della gravidanza.

3. L' inizio di questo processo neoformativo può aver luogo in alcune circostanze per erettismo anomalo dell' utero durante la mestruazione e forse per la discesa di un uovo infecondo, dando così luogo alle così dette decidue catameniali.

4. Per erettismo anomalo dell' utero lo stesso processo neoformativo ha luogo nei casi di gravidanza extrauterina, ma in questi casi l' erettismo consensuale più intenso e più duraturo dà luogo ad una neoformazione costante e più rigogliosa. Decidua grossa e tomentosa da tutti osservata nei casi di gravidanza extrauterina.

5. Nei primi momenti dopo il concepimento e nei suoi primordi di sviluppo, la decidua uterina fisiologica, come la decidua nei casi di gravidanza extrauterina non differiscono per nulla fra di loro. Le differenze e notabilissime si stabiliscono in prosieguo.

6. Una prima e notevole differenza può già stabilirsi da quanto si è detto fra la decidua uterina nella gravidanza normale e quella che osservasi nella gravidanza extrauterina e cioè che nel primo caso abbiamo rappresentati i primi momenti dello sviluppo della decidua percui si mostra sotto le apparenze di una semplice membrana, mentre nel secondo caso, abbiamo un grado di ulteriore sviluppo degli elementi neoformati della decidua. L' esame anatomico ha mostrato una ricca vascolarizzazione fra gli elementi cellulari di questa decidua che sono identici a quelli che si osservano nella serotina; ha mostrato l' ectasia parziale di alcuni dei detti vasi che stanno ad indicare l' inizio formativo delle lacune nella placenta, ha mostrato in breve, non in modo uniforme ma estesamente su tutte la superficie interna dell' utero, quella disposizione di parti che osservai, delineai e descrissi studiando lo sviluppo della porzione materna della placenta nei casi di gravidanza normale, in breve non può disconoscersi che è lo sviluppo anomalo ed irregolare della porzione materna della placenta, dovuto ad un progressivo sviluppo di quegli stessi elementi che si veggono colpiti da un arresto di sviluppo nella decidua uterina propriamente detta, nelle gravidanze normali.

7. Ma tutto questo non basta per segnare le profonde differenze di struttura fra la decidua uterina fisiologica e quella anomala nei casi di gravidanza extrauterina e dimostrare con maggiore evidenza, che in quest' ultimo caso è la porzione materna della placenta che si forma su tutta la superficie interna dell' utero. Nell' uno e nell' altro caso la neoformazione nei suoi primordi avviene solo alla superficie interna dell'utero, e nella gravidanza normale il processo neoformativo come ho detto si arresta dovunque meno il luogo dove la placenta si forma. Nell'altro caso invece la neoformazione invade profondamente il tessuto uterino sottoposto, come appunto succede nel luogo dove la placenta nei casi fisiologici si forma.

8. Molti anatomici ed ostetrici anche oggigiorno affermano ed insegnano, che è l' epitelio della mucosa uterina, od anche tutta la detta mucosa che si rigonfia e si trasforma profondamente per formare la placenta. Nulla di più errato, giova pure ripeterlo di codesti insegnamenti, perchè una membrana mucosa nello stretto senso anatomico della parola non esiste nell' utero della donna, il tessuto uterino essendo immediatamente coperto dalla esilissima membranella di sostegno (Basement Membrane di Bowmann) su cui poggiano le cellula dello strato epiteliale.

9. L' ipertrofia e la trasformazione profonda, non può avvenire in una membrana mucosa che di fatto non esiste, non avviene nel solo epitelio perchè l' osservazione dimostra che tanto nei casi di gravidanza normale nel luogo ove si forma la placenta, come su tutta la superficie uterina nella così detta decidua delle gravidanze extrauterine, che è una vera formazione isolata della porzione materna della placenta, i mutamenti che avvengono limitati nel primo caso, ed estesi nel secondo, non si fermano alla parte più superficiale dell' interna superficie dell' utero, ma invadono e si estendono a tutto quello strato più interno dell' utero che per gli elementi anatomici che lo compongono ho chiamato muscolo-glandolare. Questo fatto a parer mio notevolissimo che non era stato fin qui per ànche sospettato, può seguitarsi passo passo nel suo processo evolutivo, con maggiore facilità e sicurezza ricercando la così detta decidua nei casi di gravidanza extrauterina, o come ho detto la semplice ed isolata formazione della porzione materna della placenta su tutta la superficie interna dell' utero.

10. Questa ricerca ha svelato alcuni fatti che erano per anche ignorati e ne ha confermati altri che ragionevolmente sospettati, mancavano però di una chiara e precisa dimostrazione. Ha svelato che la decidua uterina nei casi di gravidanza extrauterina, è la porzione materna della placenta che per necessità si sviluppa isolatamente. Che per formarsi questa, è necessaria la compartecipazione di tutti gli elementi anatomici che compongono lo strato muscolo-glandolare dell' utero, come appunto avviene nel luogo dove si forma la placenta nelle gravidanze normali. Che nel detto strato avviene uno smagliamento dei fasci musculari dovuto alla dilatazione e deformazione delle glandole otricolari che a queste sono interposti, confermando così coll' osservazione diretta che anche nella donna come avevo sospettato, avviene la deformazione delle glandole otricolari sottoposte al luogo dove si forma la placenta appunto come osservai e descrissi nell' utero gravido delle cagne e delle gatte. La dilatazione e deformazione delle dette glandole e lo smagliamento dei fasci muscolari, danno la ragione anatomica di quel trabecolato a larghe maglie che gli ostetrici avevano già osservato sottoposto alla placenta, ma che erano incerti a determinarne l' origine e la natura.

11. I mutamenti che si stabiliscono nei fasci musculari allontanati fra di loro e per così dire smagliati, e più di tutto l' infiltrazione notabilissima di globuli bianchi, che avviene in mezzo alle fibro-cellule muscolari e alle grandi cellule costituenti la porzione materna della pla-

centa svelano il punto di partenza o l' origine dei numerosi elementi anatomici che nuovamente si formano nell' utero gravido.

12. Nell' atto del parto col distacco della placenta dall' utero, ha luogo una grave lesione dell' organo, consistente in una reale perdita di sostanza di tutto lo strato cioè muscolo-glandulare che è sottoposto alla placenta. Il processo mercè del quale dopo il parto si rinnovano le parti perdute dell' utero, rimane ancora a studiarsi.

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Della terapeutica generale dei neonati. — Pel dott. *Leviseur.*

Ognuno conosce le non poche difficoltà, le quali circondano la cura medica dei neonati. *Barthe* e *Rilliet* fanno molto giudiziosamente osservare come — certuni farmachi possono provocare nei bambini nella loro prima età un *vero stato patologico*, di modo che il medico finisce col dover combattere due malattie invece di una, cioè la spontanea, e quella prodotta dai rimedi.

L' A. quindi dichiara, aver di già da lungo tempo trattato i disturbi della nutrizione dei neonati, coll' *intermediario* del seno materno, ed ei vorrebbe che venisse stabilito a canone terapeutico generale, il processo al quale egli ha avuto così spesso ricorso con esiti felici, e che in una parola, si facessero prendere alle madri lattanti ed alle nutrici, i medicamenti destinati ai lattanti istessi, affinchè questi possano con più facilità sopportarli e sentirne gli effetti salutiferi. Di già il dott. *Lewald* (1) avea intrapreso delle ricerche interessanti sulle diverse vie di eliminazio-

(1) Untersuchungen über die Ausscheidung von Aszneimitthe aus dem Organismus 1861. Breslaw.

ne di certuni medicamenti, ed in particolare per il latte, ed eccone i principali risultati:

1. I medicamenti esaminati dal dott. *Lewald*, sotto il punto di vista della loro eliminazione per il latte, sono: il ferro, il bismuto, lo iodio ed i suoi composti, l'arsenico, il piombo, lo zinco, l'antimonio, il mercurio, l'alcool e qualche narcotico.

2. Per tali esperienze ha scelto delle *capre* il di cui latte era metodicamente esaminato dopo l'ingestione di certune sostanze medicamentose propinate a questi animali a dosi stabilite.

3. I risultati ottenuti da queste investigazioni sono rigorosamente indicati a proposito di ciascuno dei medicamenti sperimentati dal medesimo aggiungendovi copiose notizie bibliografiche relative al subbietto.

Le conclusioni le quali terminano il suo studio, sono le seguenti:

a) È incontestabile che si può amministrare al lattante una maggior quantità di ferro per il mezzo del latte materno, di quello che in qualsivoglia altro modo.

b) Il bismuto trovasi egualmente nel latte dopo la sua ingestione ed eliminasi, ciononostante in proporzioni deboli abbastanza, perchè possa propinarsi alla nutrice senza alcun pericolo pel suo allievo.

c) L'esperienza prova che lo iodio non apparisce sul latte che 96 ore dopo la sua ingestione; una dose di 21 grammi tarda circa 72 ore per eliminarsi per la via del seno. Dopo l'uso continuato dell'ioduro di potassio alla dose di 2 grammi e 50 al giorno, lo iodio apparisce nel latte 4 ore dopo la sua ingestione e vi si rinviene per lo spazio di 11 giorni.

d) L'arsenico rinviensi nel latte dopo 17 ore e la sua eliminazione è completa al termine di 60 ore.

e) Siccome il piombo passa positivamente nel latte si comprende come l'uso di cotesto agente nelle nutrici richiegga la più gran riserva.

f) L'ossido di zinco abbenchè sia una delle preparazioni le più insolubili eliminasi ciononostante per il latte ed è probabile che tutti i suoi altri composti debbano seguire la stessa via abbandonando l'organismo. Un grammo di zinco rinviensi nel latte dopo 4 o 18 ore. Sparisce quasi altrettanto sollecitamente del ferro; e dopo 50 o 60 ore la secrezione mammaria cessa dal contenerne.

g) L'antimonio deve adoperarsi con una prudenza estrema. La sua eliminazione per il latte è di fatto incontestabile. E siccome i suoi effetti possono riescire nocivi ai piccoli infanti, è meglio astenersene.

h) La eliminazione delle preparazioni mercuriali è un fatto che non si può negare ed è a tutti noto.

i) Per lo contrario non è addimostrato che l'alcool ed i narcotici, seguano questa stessa via abbandonando l'organismo.

Per ultimo, il *Lewald*, propone di curare le malattie dei neonati coll'ingestione *mediata* del farmaco amministrato alle loro nutrici, purchè lo stato di salute di queste, li permetta.

Ma i risultati ottenuti sperimentando sulle *capre*, sono dessi egualmente applicabili alle donne lattanti? La scienza non ancora ha risolto tale quistione. Però il dott. *Leviseur* ha raccolto durante 50 anni di una pratica attiva, un certo numero di osservazioni, abbastanza persuadenti.

Ha infatti potuto constatare come talune malattie delle madri o delle nutrici, e sopratutto la sifilide costituzionale, le intermittenti ec. guarivan pure nei loro lattanti che ne erano attaccati; nello stesso modo col mezzo dei rimedi somministrati a chi dava loro il latte. I medicamenti adoperati erano: lo ioduro potassico, il solfato di chinina ed il liquore arsenicale di *Fowler*. L'A. potrebbe enumerare una lunga serie di felici risultati ottenuti mercè di questo ingegnoso metodo; desiderando in pari tempo che i pratici intraprendano nuove ricerche sperimentali intorno a cotesto subbietto. *(Archivio di Med. e Chir. Febbraio 1874)*

Del coloramento in blù delle fasce delle medicature. — Pel dott. *Longuet*.

Le conclusioni della lunga memoria del dott. *Longuet* sul coloramento azzurro cupo, che tal fiata tinge le pezze che si adoperano a fasciar piaghe o ferite, sono le seguenti.

L'A. nel corso della sua memoria afferma che le cause di cotesta colorazione gli sono sembrate molto vaghe ed indeterminate, riguardate sotto l'aspetto di cause predisponenti od occasionali, seguendo in ciò tutti gli autori che ne hanno trattato; giacchè tutti dichiarano d'ignorare perchè apparisca un tale coloramento. Però ei ritiene che lo stato atmosferico debba esercitare su di questo fenomeno una grande influenza, mentre ha potuto notare nuovi casi di coloramento, od una maggiore intensità di questo, allorquando la temperatura era *umida temporale*, oppure se il tempo era *pesante* secondo l'espressione di uso. Ma su di ciò l'A. promette tornarvi sopra.

Il *Longuet* distingue tre sorta di coloramento blù delle fasciature.

1. Coloramento dovuto alle modificazioni di certi umori — ossia vera suppurazione blù.

2. Coloramento dovuto a *funghi* (*micromiceti*) — falsa suppurazione blù.

3. Coloramento dovuto ad una materia tuttora sconosciuta — idem.

E questa è quella che l' A. propone d' indicare col nome di *cianocrosi*.

È caratterizzata dalle seguenti particolarità.

Apparisce in un modo *brusco* e scomparisce nello stesso modo.

Apparisce sopra dei punti della pelle, sulla quale havvi una piaga, ovvero sopra punti del tutto sani.

Perdura un tempo variabilissimo.

Non esercita veruna modificazione nello stato locale delle piaghe e nello stato generale dei malati.

Rassomiglia molto pel suo corso all' *eresipela*.

Si presenta sotto la forma epidemica.

Nasce a preferenza allorquando l' atmosfera umida e calda contiene dell' *ozono*, o durante i *temporali*.

La sua presenza è di un pronostico assai favorevole.

La sua natura è tuttora *sconosciuta*. *(idem)*

Il polso epatico è veramente patognomonico della insufficienza della tricuspide ?

Il dott. *Pietro Gulli* in una memoria scritta in occasione della sua laurea, ha voluto addimostrare come il polso epatico possa apparire indipendentemente dall' insufficienza delle valvole tricuspidali. Esposte prima alcune nozioni di fisiologia sperimentale le più recenti che sembrerebbero negare nello stato normale del cuore il reflusso del sangue nelle cave durante la sistole dell' orecchietta destra, venendo così a togliere ogni prestigio alle idee di *Stenone*, *Lancisi* e *Müller*, espone le ragioni per le quali si mostra assai più di frequente la pulsazione alle iugulari di quello che all' ipocondrio destro. Queste sono: 1° la posizione della cava superiore sita più dirimpetto al foro atrio-ventricolare dell' inferiore; 2° la pesantezza del fegato e la necessità che ha aumentato di volume prima di poterne avvertire la pulsazione sotto l' arco costale; 3° il versamento nella cavità addominale così facile nei vizi car-

diaci e che può nascondere l' espansione del viscere epatico. Condizione poi essenziale alla comparsa di un tale fenomeno sarebbe l' ipertrofia delle cavità destra del cuore, per la quale spostato verso sinistra il centro della circolazione, la cava inferiore si verrebbe a collocare in posizione propizia al reflusso del sangue che rigurgita dall' orecchietta (1).

Il primo caso clinico citato dall' autore stesso viene pienamente a confermare l' opinione del *Friedreich* e dell' *Oppolzer*, poichè l' esame fatto durante la vita e la necroscopia addimostrarono l' insufficienza delle valvole tricuspidali; nonchè un secondo caso venne a rendere dubbia l' eziologia che fin qui si è data al pulsare del fegato.

Difatti l' espandersi dell' ipocondrio che nel primo malato era sincrono alla diastole arteriosa, nell' altro invece avveniva durante la diastole ventricolare. Non poteva adunque il sangue rigurgitante dal ventricolo per insufficienza delle tricuspidi essere la causa del polso stesso; imperocchè avrebbe dovuto apparire durante la sistole del ventricolo. Eranvi inoltre i segni evidenti di una stenosi dell' orificio venoso, essendovi all' angolo inferiore destro dell' area cardiaca rumore di soffio aspro nel 2° tono.

Per cui non rimaneva che ad interpretare codesti sintomi nel seguente modo. Non potendo tutto il sangue racchiuso nell' orecchietta versarsi entro il ventricolo per la stenosi del foro atrio-ventricolare, sotto la contrazione del seno istesso, parte di esso era costretto a ritornare nelle cave producendo così il polso non solo dei vasi del collo ma eziandio del fegato.

E questa è appunto l' interpretazione data dall' autore istesso, il quale si augura che nuovi fatti vengano a confermare la sua tesi.

(Rivista Clinica di Bologna 1873)

---

(1) A distinguere il vero polso epatico dal semplice impulso del lobo sinistro dato dall'aorta sottoposta, basta osservare se l' urto è di eguale intensità su tutta l' area epatica, ovvero piuttosto circoscritto alla parte sinistra; le dita inoltre applicate contro il bordo del fegato che sporge dall' arco costale avvertono un senso di vera espansione che manca nel caso di semplice impulso trasmesso dalla diastole dell' aorta.

Cura delle malattie del cuore. — *Bucquoy.*

Dopo avere lungamente dissertato sulla diagnosi delle varie lesioni cardiache, l' autore si domanda: a che tanta sottigliezza di diagnosi, se la cura di queste malattie incurabili è infruttuosa? — Se non può essere evitata la triste catastrofe, però dal medico può esser portato molto vantaggio al malato.

Secondo la loro evoluzione naturale, nelle malattie di cuore si distinguono tre periodi principali.

1. Un periodo di cominciamento, durante il quale una malattia spesso infiammatoria crea l' ostacolo, cagione reale e punto di partenza della malattia. — 2. Un periodo di compensazione. — 3. Un periodo di cachessia o terminale con cessazione della compensazione.

A ciascun periodo rispondono indicazioni terapeutiche e trattamento speciale. Stabilitasi la malattia, se si cercano le indicazioni nei sintomi offerti dalla malattia, per lo più non si trovano; la compensazione stessa provvede abbastanza. Ad ogni modo è dovere del medico di cercare che l' organo ammalato si trovi nelle più favorevoli condizioni riguardo al mantenere integre le sue funzioni, ed al ritardare la cachessia cardiaca. Da ciò un certo numero di indicazioni che passeremo rapidamente in rassegna.

I. *Indicazioni generali.* — Indicazione capitale è l' allontanamento di ogni stimolo che possa esagerare l' attività morbosa del cuore. Igiene severa, astensione dalle fatiche, dagli sforzi, dalle emozioni, vita calma e pacifica, sono i mezzi più sicuri che mettono l' organo malato in condizioni di riposo relativo. Questi mezzi giovano specialmente nei casi in cui per qualche cagione inevitabile si mostri quella che dicemmo asistolia passaggiera.

Bisogna eziandio tener conto degli agenti esteriori sulle funzioni in rapporto immediato colla circolazione. Il freddo e l' umidità sulle pelle e sull' apparecchio respiratorio possono aumentare i disturbi cardiaci. Si prescrive perciò la flanella sulla cute, l' abitazione in luoghi asciutti e bene esposti, il soggiorno a mezzogiorno nella cattiva stagione, ec.

II. *Indicazioni speciali.* — Sono inerenti al carattere, alla sede della lesione, ed a suoi effetti consecutivi sull' organo malato.

La malattia resta latente fino a che la lesione è compensata: bisogna prima favorire le lesioni secondarie che aiutano la compensazione. Così nella stenosi aortica, nella quale mercè l' ipertrofia consecutiva il cuore lotta contro l' ostacolo onde lanciare nelle arterie sangue a sufficienza, non si dovrà impedire questa alterazione secondaria, anzi sarà bene sostenere l' azione del cuore, se venga a indebolirsi. Ciò tanto più nei casi di dilatazione. Si otterrà vantaggio in tal caso dai tonici e ricostituenti, non già dal salasso, e dalle cure debilitanti, dette di Albertini e di Valsalva, oggi felicemente bandite dalla terapeutica. Possono queste cure gettare ben presto l' infermo nella cachessia irrimediabile. Sonovi casi tuttavia in cui anche il salasso può essere indicato, in quelli cioè in cui congestioni più o meno ripetute annunzino una eccessiva tensione venosa, o si trovino gravi ostacoli al circolo cardiaco-polmonare. La medicatura tonica e ricostituente, che è indicata nel periodo di compensazione delle malattie cardiache, deve poi essere regolata più dallo stato generale dell' infermo che dalle condizioni morbose locali. É indicata generalmente nelle forme in cui, come nelle lesioni dell' orifizio aortico, diminuisce il volume della colonna sanguigna arteriosa e si accompagnano ad anemia pronunziata. Giova in tali condizioni la china coi ferruginosi, e sono poi indispensabili le precauzioni igieniche, il riposo assoluto, l' alimentazione leggera, ecc.

Essendo questi mezzi insufficienti a combattere un persistente indebolimento della contrazione ventricolare, si aggiungono ai tonici gli stimolanti, quali il vino, l' etere, il liquore anodino dell' Hoffmann, l' acetato d' ammoniaca. A tale epoca della malattia, quando si hanno segni di ematosi imperfetta, si potrebbe chiedere: se fosse lecito ritardare la cachessia imminente ricostituendo il malato con mezzi tanto usati nelle malattie croniche, e cioè l' idroterapia e la cura termale. Non dubbio sul loro effetto ricostituente; ma bisogna pensare che questo viene raggiunto solo in seguito ad uno stimolo spesso molto energico e prolungato per il cuore. Perciò non si consigliano dai medici, ed anzi da qualcuno si proscrivono le suddette cure. Ma i fatti però hanno parlato, e buon numero di malati ha avuto grande vantaggio da tali cure, che per ciò non si debbono proscrivere. Sono però armi a due tagli, che bisogna maneggiare con abilità e precauzione. Esse mentre hanno indicazione nella necessità di ricostituire le forze generali dell' organismo attivando la circolazione e la ematosi, sono controindicate pei pericoli di stimolazione troppo viva, che potrebbe avere per conseguenza la sosospensione completa dei movimenti del cuore e la morte per sincope,

oppure l' indebolimento definitivo delle sue contrazioni coi sintomi della asistolia.

Non vanno perciò curati in tale guisa i malati esposti a perire di morte improvvisa, come coloro che hanno insufficienza aortica. Quelli che sono in età avanzata debbono pure essere eccettuati. Tale cura non converrebbe eziandio nei casi di insufficienza della mitrale alquanto avanzata, allorchè le pareti cardiache cominciano ad essese degenerate, sibbene in quelli in cui l' affezione non è antica, e la stenosi prevale sulla insufficienza. In soggetto giovane, colla malattia d' indole reumatica e complicanza dell' anemia, si hanno le più favorevoli circostanze per la applicazione della suddetta cura.

Nel periodo di cachessia cardiaca si presentano nuove indicazioni che discendono dallo stato del cuore, dalla sua maniera di funzionare, dai fenomeni generali che sono conseguenza del disordine circolatorio.

L' asistolia che segna la rottura della compensazione cardiaca, indica una esagerazione della tensione venosa, una rottura di rapporto fra questa e l' arteriosa. La distensione delle vene sottocutanee e profonde, le congestioni viscerali e le idropisie, la piccolezza del polso ne sono l' espressione. Da ciò una doppia indicazione, e cioè di rendere al cuore la sua perduta contrattilità, e di condurre ai rapporti normali le tensioni del sistema venoso e dell' arterioso.

Per questa doppia indicazione il più efficace rimedio è la *digitale*, che data in maniera conveniente è tanto utile, quanto è nociva se venga amministrata male. Il successo di tale rimedio dipende dalla dose e dalla opportunità di somministrazione.

La digitale dà: 1° rallentamento dei battiti cardiaci, 2° aumento di pressione arteriosa. Ciò se si amministra a piccole dosi. Come e perchè essa operi in tale guisa non si conosce. Non vi ha dubbio che la digitale agisca egualmente sul cuore, tanto se sia sano, quanto se sia ammalato, laonde la sua azione terapeutica è un corollario della sua azione fisiologica. Da una parte gli è aumentando la potenza contrattile del cuore che nelle malattie di quest' organo si modera il tumulto dei suoi battiti, d' altra parte il rialzamento della pressione nelle arterie stabilisce il rapporto normale fra la tensione arteriosa e la venosa.

Conosciuta la maniera di azione della digitale, è facile formularne le controindicazioni. Aumentando essa la potenza della contrazione cardiaca, non si prescriverà nella ipertrofia semplice di quest' organo, nella quale è doppiamente controindicata per l' energia della sistole e l' esagerata pressione arteriosa. Medesimamente non si combatteranno con

tale mezzo gli effetti delle lesioni compensatrici; nè sarà la digitale rimedio utile nella cachessia cardiacà avanzata, allorchè la tinta giallastra del volto e l'albuminuria persistente fanno pensare ad una profonda lesione, e probabilmente alla degenerazione grassosa.

Come deve essere somministrata la digitale? — Si disse già a piccole dosi, e per lungo tempo. Si avrebbero effetti ben diversi, se si somministrasse diversamente. Ad alta dose è tossica, e dà risultati contrari agli accennati, accelerando i battiti cardiaci ed abbassando la tensione arteriosa notevolmente. In tal caso si aumenta la tensione venosa, e si effettua l'asistolia.

La migliore preparazione è la polvere delle sue foglie in gr. 0,10 a 0,20 o in pillole, o sospesa in pozione per le ventiquattro ore. Le foglie, o meno la polvere viene data anche comunemente in infuso. Si può usare anche la tintura alcoolica, preferibile all'eterea, in dose di 10 a 40 goccie al giorno. La digitalina si deve usare con riserva per la sua grande attività in pillole di un milligrammo per ciascuna, da prendersi da una a quattro per giorno.

L'azione del rimedio deve essere sempre sorvegliata, perchè si accumula nell'organismo e può produrre effetti diversi da quelli che si attendono. Ad esempio dello *Jaccoud* per apprezzare l'azione del rimedio si deve tenere gran conto dello stato della secrezione urinaria.

Per l'azione che il rimedio esercita sulla pressione arteriosa, aumentano le urine, che invece diminuiscono nell'asistolia. Fino a che le urine abbondano, nulla si ha a temere; ma se diminuiscono senza altra cagione nelle ventiquattro ore, è segno che la pressione arteriosa diminuisce, e che si avvicina l'asistolia; conviene in tal caso sospendere il rimedio.

La necessità di diminuire la tensione venosa é di combattere le idropisie ha importanza nel periodo finale alla somministrazione dei diuretici. La digitale tiene fra questi il primo posto. Essa è un costituente del vino di *Trousseau* insieme all'acetato di potassa. La scilla è un medicamento assai vantaggioso, e così l'ossimele scillitico che si aggiunge alla tisana o alle pozioni con o senza adizione di sciroppo di asparagi.

Molti sali sono di proprietà diuretiche incontestabili; i più impiegati sono i sali di potassa, nitrato, acetato, tartrato, che si danno in tisana alla dose di due a quattro grammi.

Le tisane che si usano contengono rimedi diuretici.

Nello stesso tempo che si cerca di diminuirne la tensione del sistema venoso, provocando l'aumento della secrezione urinaria, si deve trarre

profitto dalla integrità delle vie digestive per agire nello stesso modo sul sistema della vena porta. I purgativi ripetuti servono a meraviglia. Saranno prescelti gli idragoghi in dose moderata, e i più usati sono la scammonea a grammi 0,40 sino a 0,60 e la gialappa, ec.

Del salasso si è già detto. Non permettendolo lo stato avanzato della malattia, restano ancora i revulsivi cutanei.

Fattesi le idropisie considerevoli e minacciando la vita, converrà evacuare direttamente il liquido. Gli effetti beninteso sono palliativi, e le raccolte rapidamente si rinnovano. Ciò dicasi delle punture, che spesso conviene fare sulle estremità inferiori, per rimediare alla distensione cutanea enorme degli edemi. Tali punture è da raccomandarsi che non vengano mai praticate colla lancetta, nè molto vicine le une alle altre, pel pericolo di vedere succedere infiammazioni erisipelatose e grangrenose, tanto comuni e pericolose in simili circostanze.

(Gazz. Med. ital. Lombardia, N. 3, 1874)

La segale cornuta sull' azione cardiaca e sulla pressione sanguigna.

Abbiamo nuovi studi, e nuove discussioni intorno a questo capitale mezzo di cura della Clinica Ostetrica. Da parte l' incertezza che dopo tante indagini rimane sempre sul vero principio attivo della segale cornuta, gli esperimenti eseguiti pur di recente da *L. Holmes*, e *P. Eberty* ripongano ancora in questione l' influenza da quella esercitata a riguardo della circolazione sanguigna, su cui si disse già come dispiegava tutta la sua virtù fino ad essere proclamata da *G. Sée* un medicamento vascolare.

Eberty, che fece le sue prove sotto la scorta di *H. Köhler*, è il meno che si discosti dagli altri compreso lo stesso *Holmes*. Conformemente ad essi vide sotto il microscopio i vasi sanguigni contrarsi e rimpiccolirsi sotto l' influenza della sostanza in parola. Una dose piuttosto grande di ergotina spegne l' azione del cuore con un atto di diastole, dosi minori la rallentano, aumentando nello stesso tempo la pressione del sangue. Sul rallentamento del circolo i centri nervosi non avrebbero che vedere; distrutti quelli, le cose procedevano come prima. Invece parrebbe che tutto dipendesse da una irritazione dell' estremità intracardiali del nervo pneumo-gastrico: difatto se vengano queste paralizzate prece-

dentemente coll' atropina (ma è certissima quest' azione paralizzante dell' atropina?) la segale cornuta non induce più rallentamento di circolo.

Dell' aumento di pressione poi sembrerebbe la causa risiedere in una eccitazione del centro vaso-motore nel midollo allungato, perchè distrutto questo, il fenomeno cessa di comparire del pari che la contrazione vascolare. Ma di questa cosa l' A. crede essersi meglio accertato anche sui mammiferi, nei quali non ha potuto praticare la sezione del midollo oblungato, mediante il seguente esperimento. Egli ha paralizzato con inalazioni di nitrito d' amilo i nervi vaso-motori periferici, tagliati i vaghi, e sostenuto l' animale la mercè della respirazione artificiale: poscia iniettato ergotina per la iugulare. L' aumento di pressione si è non ostante tuttociò pienamente verificato.

All' incontro *Holmes* che ha visto anche egli, come *Brown-Sequard*, il restringimento vascolare, non ha trovato sempre la pressione sanguigna aumentata sotto l' azione dell' ergotina: invece dapprincipio avrebbe osservato quasi sempre una diminuzione la quale egli spiega per mezzo dell' anemia iniziale del sistema sanguigno polmonare, che avrebbe per causa la solita contrazione vascolare e per conseguenze immediate un insufficiente riempimento del cuore sinistro e quindi di tutto l' albero arterioso che da quello attinge alimento. Ma questa spiegazione, se è vera, include un fatto, l' aumento contemporaneo di pressione nelle vene, ove deve essersi rifugiato il sangue, che non trova più ricetto nel polmone. È stato ciò osservato? Rimane un desideratum.

Naturalmente però anche *Holmes* dopo questo iniziale abbassamento di pressione ha osservato l' aumento, dippiù, e questo contrariamente a quasi tutti gli altri osservatori, maggior frequenza di circolo.

La causa poi di tutti questi fenomeni angiocinetici *Holmes* inclina a credere doversi ammettere in un una eccitazione delle fibre muscolari lisce onde è provvista la parete vascolare: spiegazione che ci renderebbe meglio ancora di qualunque altra, conto della particolare, sollecita e tetanica influenza che la segale suole dispiegare sull' utero, organo per eccellenza composto di quell' elemento.

Noto come questa spiegazione è quella che va ogni giorno più prevalendo. *(L' Imparziale, N. 2, 1874)*

Rassegna di Chimica applicata alle Scienze Mediche

COMPILATA

DA CIRO BETTELLI E LEONE PESCI

Assistenti al Laboratorio di Chimica farmaceutica e tossicologica
della R. Università di Bologna

Ricerca dell'ammoniaca nel sangue degli uremici. — *Dujardin* e *Hardy*.

È cosa nota che nei casi di uremia vogliasi per trasformazione diretta dell' urea in carbonato ammonico (*Frierichs*), o per trasformazione negli intestini (*Treitz* e *Sacksch*), l' ammoniaca si trova nel sangue. Essendo questa ricerca di molta importanza, indicheremo un processo assai preciso che ne svela le più piccole traccie.

Si usa per questo scopo il reattivo del *Nessler* che si prepera come segue.

Si sciolgono 2 gr. di ioduro di potassio in 5 centim. cubici di acqua distillata, e si aggiunge a questa dissoluzione del biioduro di mercurio fino che se ne scioglie scaldando. Si diluisce in seguito con 20 volumi di acqua fredda, si lascia riposare il tutto per qualche giorno indi si filtra. Al liquido filtrato si aggiungono poi 30 centimetri cubici di una soluzione satura di potassa caustica, filtrando nuovamente.

L' acido solforico diluito e purissimo, non produce alcuna alterazione in questo reattivo. Se però detto acido contenga anche delle piccolissime quantità di ammoniaca, si forma tosto un precipitato bruno-scuro di iodomercurammonico, od un semplice coloramento giallo-scuro se la quantità dell' ammoniaca è tenuissima.

Poi ricercare l' ammoniaca nel sangue degli uremici, si estraggono a mezzo di un salasso 50 gr. di sangue dalla persona affetta, che viene dibattuto con un' agitatore di vetro per difibrinarlo, ed indi versato in un recipiente a fondo piatto nel mezzo del quale si pose una cassolina contenente acido solforico diluito, e di provata purezza; coprendo il tutto con lastra di vetro. Si lascia per qualche ora alla temperatura di 15° a 20°, poi per un' ora dai 30° ai 40°. Ciò fatto si estrae la cassolina e vi si versa qualche goccia del reattivo del *Nessler*, che produrrà tosto un precipitato ben manifesto se il sangue conteneva ammoniaca.

Trovato così un processo molto delicato, gli autori, vollero provare se il sangue normale pure, contenesse ammoniaca. Sperimentarono quindi col sangue estratto dalla vena di un' uomo forte e vigoroso, che presentava dei sintomi congestivi dal lato dell' encefalo; e videro che col reattivo suddetto l' acido solforico assumeva una tinta giallastra appena da apprezzarsi, avendosi nei casi di uremia un precipitato bruno scuro.

Quest' ultima sperienza però è di molto momento, stantechè ci addimostra come il sangue normale contenga una certa quantità d' ammoniaca: fatto che sta a confermare quanto asseriva *Bruche*.

Dall' assieme di questi fatti gli autori traggono le seguenti conseguenze:

1. Che l' ammoniaca esiste allo stato normale nel sangue venoso.
2. Che questa quantità d' ammoniaca pare di molto accresciuta nei casi di uremia.
3. Che il reattivo del *Nessler* è dei più sensibili per queste ricerche.

Sugli inconvenienti risultanti dalla conservazione del calomelano mescolato a certe sostanze polverizzate. — *Vulpius.*

L' autore cercando scoprire in quali condizioni il calomelano puossi trasformare in sublimato corrosivo, dopo una lunga serie di esperienze fu condotto a questi risultati.

Lo zucchero di canna, lo zucchero di latte, la magnesia calcinata o carbonata ed il bicarbonato di sodio, mescolati al calomelano danno in capo a 24 ore formazione di sublimato corrosivo. Colla magnesia calcinata o carbonata, e lo zucchero di canna la trasformazione non si fa neanche in capo a tre mesi. In una mescolanza di calomelano, zucchero di latte, e bicarbonato di sodio, dopo tre mesi non se ne trovano che traccie inapprezzabili. Per lo stesso spazio di tempo e nella stessa mescolanza, sostituendo però allo zucchero di latte dello zucchero di canna (per azione dell' umidità) si forma grande quantità di sublimato corrosivo. Si forma pure sublimato pel contatto, nell' acqua, del calomelano colla magnesia calcinata, o il bicarbonato di sodio. Questa trasformazione diminuisce per aggiunta di acido cloridrico, mentre è nulla con quest' acido solo. La pepsina, nonchè favorire la trasformazione del calomelano in sublimato, riduce questo allo stato insolubile.

Nota. — Il compilatore, osservando il modo di comportarsi del clorato di potassio puro col calomelano in presenza del succo gastrico alla temperatura di circa 36°, ha trovato che si forma una quantità notevole di sublimato corrosivo; per cui tornerebbe pernicioso il somministrare quei due medicamenti uniti. *P.*

Azione dello zucchero di canna sul reattivo di Barresvil. — *Feltz.*

Si sa che la ricerca ed il dosamento del glucosio, sono fondati sulla proprietà che ha questo corpo di ridurre il liquido cuprotartrico del Barresvil; e fino ad oggi si ha creduto che lo zucchero di canna sia innattivo su questo reattivo (1).

L'autore, volendo dosare delle traccie di glucosio in presenza dello zucchero di canna, fu tentato a provare separatamente, e con diligenza se realmente quest'ultimo non manifestasse alcun fenomeno di riduzione, impiegando a questo scopo reattivo e zucchero di canna di provata purezza. Il risultato delle sue indagini fu il seguente:

1. Lo zucchero di canna manifesta, col reattivo del Barresvil, una reazione analoga a quella del glucosio.

2. La riduzione (come pel glucoscio) è più pronta operando con reattivi contenenti in maggior copia alcali libero.

La ricerca adunque, ed il dosameuto del glucoscio, in presenza dello zucchero di canna, non hanno che un' esattezza relativa.

La Giusquiamina e sua azione nelle affezioni convulsive e spasmodiche. — Dott. *Oulmont.*

La Giusquiamina del commercio, è una materia estrattiva, piuttostochè un principio immediato puro; il Sig. *John Marley* in Inghilterra, e il dott. *Clin* di Parigi, l'avevano da tempo esperimentata in vari casi.

---

(1) Molte formole furono date, per la preparazione del reattivo del Barresvil, ma fra loro non differiscono che per la quantità di alcali libero.

Ultimamente il dott. *Oulmont* oltre averne confermate le proprietà, ne studiò l' analogia fisiologica che la Giusquiamina presenta coll' atropina; e quantunque meno attiva di questa, può riescire efficace nel tremito senile, e nelle paralisi a movimenti automatici.

Questi risultati però hanno poco d' importanza in ordine pratico, poichè, se da una parte giovano a far scomparire il male, inducono nell' ammalato un narcotismo speciale, che riesce dannoso alla salute, e può essere in seguito fatale.

Anche i risultati ottenuti dal dott. *Oulmont* in un caso di tetano, non sono bastantemente netti per potere con sicurezza adottare la Giusquiamina contro questa terribile malattia.

(Journal de Pharmacie et de Chemie. Janvier 1873).

Avvelenamento di piombo causato da una preparazione per tingere i capelli.

Si legge negli Annali e Bullettino di Gand, che nel Febbraio 1871 R. W..... d' anni 55, sembrava attaccato da reumatismo ai muscoli della spalla e le braccia aveva rattratte. Il dott. *Crocker* dopo aver applicato cotone sulla parte e somministrato internamente succo di limone e narcotici, ne ottenne un miglioramento che fu di poca durata; poichè un mese più tardi, si ebbero a ripetere gli stessi fenomeni, di più si era manifestata una paralisi quasi completa degli estensori delle dita, dimodochè il malato, afferrava gli oggetti, li stringeva con forza, ma li lasciava con difficoltà. In diversi anni aveva sofferto parecchi attacchi colici.

L' acqua che beveva giornalmente, e i vasi di cucina non davano timore che da essi derivasse il male; finalmente poi a forza di ricerche il *Crocker* scoprì che da 15 anni il malato si serviva di un acqua destinata ad annerire i capelli, che egli medesimo preparava, e consistente in una mescolanza acquosa di sal saturno (acetato neutro di piombo) e solfo; con questa si bagnava i capelli e la pelle sottostante almeno una volta la settimana.

Proibitogli l' uso di tale mescolanza, e sottoposto all' influenza dell' elettricità e del ioduro di potassio, le coliche non si ripeterono più, e il malato ricuperò la salute. *(idem)*

Avvelenamento coll' acido fenico.

Il dott. *Harley* che riporta il caso, fu chiamato a consulto dal dott. *Brovnring* pel Sig. M. E. Hovan di 65 anni, affetto di bronchite, che aveva trangugiato per isbaglio dell' acido fenico, invece del rimedio a lui destinato. Quando il dott. *Brovnring* arrivò sul luogo dopo un quarto d' ora dall' accaduto, trovò che la camera era fortemente impregnata da vapori fenici. L' alito del paziente emetteva lo stesso odore; esso poggiava sopra una sedia colla testa inclinata da una parte, aveva perduto i sensi ed era in preda al delirio, le labbra, la lingua, e la mucosa nasale, e la faringea erano interamente bianche. Il cuore era agitato da movimenti tumultuosi, e non si potevano contare le battute del polso; non si rimarcavano conati di vomito. Si cercò di fargli inghiottire dell' olio senza riescirvi; una corrente elettrica applicata sul torace, e sopra la regione del cuore, non valse a scuotere il malato. Quando arrivò il dott. *Harley* il polso era appena sensibile collo stetoscopio; dalla bocca il paziente emetteva della schiuma bianca lattiginosa, l'estremità erano fredde, la respirazione penosa, le pupille contratte, gli occhi immobili e diretti in alto. Si spogliò l'ammalato e gli si applicò il calore ai piedi e al dorso, nel medesimo tempo che, alle regioni dello stomaco e del cuore, erano state coperte con larghi senapismi; si tentò di fargli inghiottire una mescolanza di acquavite e di acqua, senza successo, e senza insistere a lungo per timore dell' asfissia; non si osò neppure di introdurre la pompa stomacale, perchè troppo ne era cauterizzato il canale esofageo, e i medici si dovettero contentare, di mettere al malato un clistere di essenza di trementina, che fu tenuto senza alcun risultato e miglioramento, poichè il paziente morì verso un ora dopo mezzo giorno, vale a dire 5 ore e mezzo, dopo l' ingestione del veleno. Egli aveva preso un oncia, o poco più, d' acido fenico rosso e impuro, e se non fosse morto per cagione immediata del veleno, lo sarebbe stato in seguito alla cauterizzazione profonda dell' esofogo e dello stomaco.

Cade ora il caso di raccomandare i seguenti *antidoti* per l' acido fenico.

Calvert consiglia una mescolanza di olio di ricino, oliva, e mandorle dolci; in quanto all' acido fenico sparso sul corpo si rimedia con frizioni oleose.

Husemann (1) consiglia come antidoto il saccarato di calce, che pre-

(1) The Boston medical an surgical Journal 8 Janvier 1872.

para nella maniera seguente. Parti 16 di zucchero bianco in pani, sono disciolte in 40 parti d' acqua, allo sciolto vanno aggiunte 5 parti di calce recentemente estinta. Si lascia màcerare questa mescolanza per 8 giorni agitando spesso, si filtra; e il prodotto della filtrazione si evapora a secco.

Il medesimo autore ha provato di sostituire il carbonato di calce al saccarato, e dichiara di non aver ottenuto buoni risultati, sebbene non gli sembrasse totalmente inefficace. *(idem)*

VARIETÀ

Onorificenze

Nella quinquennale distribuzione delle Medaglie ai benemeriti della Vaccinazione che ha avuto luogo in quest' anno per la Provincia di Bologna figurano i seguenti.

Medaglia d' oro. — Brugnoli cav. prof. Giovanni, Soverini dott. Carlo, Verardini cav. dott. Ferdinando, Belluzzi dott. Cesare.

Medaglia d' argento. — Zamboni dott. Gaetano, Gherardi dott. Raffaello, Belvederi dott. Carlo, Consolini dott. Camillo, Taruffi dott. Pellegrino, Gentilini dott. Marco.

Menzioni Onorevoli. — Pilla dott. Giovanni, Gotti prof. Alfredo, Gheduzzi Giovanni Veterinario, Sarti dott. Augusto, Conti dott. Domenico, Evangelisti dott. Carlo, Franchini dott. Antonio, Giusti dott. Giovanni, Palotti dott. Ferdinando, Borzaghi dott. Raffaello, Calzolari dott. Costantino, Martinelli dott. Ottavio, Tinti dott. Gaetano, Torchi dott. Avito, Naldi dott. Leonardo, Rivani dott. Vincenzo, Conti dott. Luigi, Guizzardi dott. Giuseppe, Manfredini dott. Andrea, Pasi dott. Ugo, Gozzi dott. Ignazio, Michelini dott. Candido, Landuzzi dott. Giuseppe, Magnanelli dott. Eugenio, Pasqua dott. Quirico, Nanni dott. Antonio.

Pseudo-artrosi del femore consolidata.
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3
Fig. 4.
Fig. 5.
O. Nannini lit.°
Bologna. Lit. G. Wenk.

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

VARIETÀ

Condotte Medico-Chirurgiche

Provincia di Ravenna. Municipio di Ravenna. — Fino al 10 Aprile resta aperto il concórso alla condotta medico-chirurgica di Coccolia. Stipendio annuo L. 1500.

Provincia di Bologna. Circordario d' Imola. — Condotta medico-chirurgica della Parrocchia di Fiorentina e porzione dell' altra Parrocchia di Villa Fontana. Concorso fino al 12 Aprile. Onorario annuo L. 1500, coll' obbligo del cavallo.

Provincia di Brescia. Municipio di Seniga. — Concorso fino al 15 Aprile alla condotta medico-chirurgica. Stipendio annuo L. 2000.

Provincia di Treviso. Distretto di Treviso. — Condotta medico-chirurgica-ostetrica del Comune di Spercenigo. Concorso fino al 15 Aprile. Assegno annuo L. 2000.

Provincia di Siena. Comune di Rapolano. — Fino al 15 Aprile concorso alla condotta medico-chirurgica delle Serre. Stipendio annuo L. 2000.

Provincia di Bologna. Municipio di Pradurro e Sasso. — Condotta medico-chirurgica di Pontecchio coll' annuo assegno di L. 1500. Concorso a tutto il 20 Aprile.

Provincia di Brescia. Circondario di Brescia. — Fino al 30 Aprile resta aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica del Comune di Castegnato. Onorario annuo L. 1800.